

**ANÁLISE DA GESTÃO DE UMA COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO ATRAVÉS DO PROCESSO
DECISÓRIO.**

UM ESTUDO DE CASO DA UNIMED – FLORIANÓPOLIS.

NEWTON WIETHORN DA LUZ

**Dissertação apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Engenharia de
Produção para obtenção do título de
Mestre em Ergonomia.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO**

FLORIANÓPOLIS, S.C.

1998

**ANÁLISE DA GESTÃO DE UMA COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO ATRAVÉS DO PROCESSO
DECISÓRIO.**

UM ESTUDO DE CASO DA UNIMED – FLORIANÓPOLIS.

NEWTON WIETHORN DA LUZ

**Dissertação apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Engenharia de
Produção para obtenção do título de
Mestre em Ergonomia.**

Orientador: Professor Neri dos Santos, Dr. Ing.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO**

FLORIANÓPOLIS, S.C.

1998

**ANÁLISE DA GESTÃO DE UMA COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO ATRAVÉS DO PROCESSO
DECISÓRIO.**

UM ESTUDO DE CASO DA UNIMED – FLORIANÓPOLIS.

NEWTON WIETHORN DA LUZ

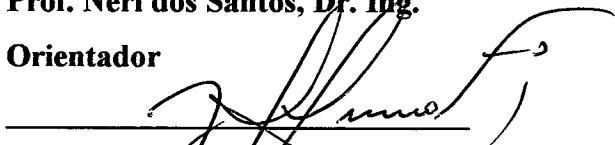
Dissertação apresentada ao curso de
Pós-Graduação em Engenharia de
Produção para obtenção do título de
Mestre em Ergonomia.

BANCA EXAMINADORA:

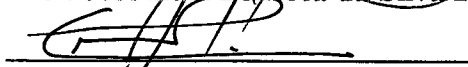


Prof. Neri dos Santos, Dr. Ing.

Orientador



Prof. José Luiz Fonseca da Silva Filho, Dr. Eng.



Prof. Emílio Pizzichini, Dr. Med.



Programa de Pós-Graduação em Eng. de Produção
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO**

FLORIANÓPOLIS, S.C.

1998

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	
1.1 - Considerações Gerais.....	06
1.2 – Justificativa.....	10
1.3 – Objetivos.....	12
1.4 – Metodologia.....	13
1.5 - Limitação do Trabalho.....	14
1.6 - Estrutura do Trabalho	15
2 – ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA	
2.1 – Considerações Gerais.....	17
2.2 – Princípios Cooperativos	19
2.3 – Tipos de Cooperativismo.....	22
2.4 – Estrutura Cooperativa.....	24
2.5 – O Cooperativismo no Brasil	25
2.6 – Perspectivas Futuras do Cooperativismo	28
3 – COOPERATIVAS MÉDICAS	
3.1 – Considerações Gerais.....	30
3.2 – UNIMED de Florianópolis.....	32
4 – O PROCESSO DECISÓRIO COOPERATIVO	
4.1 – Considerações Gerais.....	43
4.2 – O Processo Decisório	47
4.2.1 – Estilos Gerenciais.....	49
4.2.2 – Tipos de Tomada de Decisão.....	52

4.2.3 – O Ambiente Organizacional	53
4.2.4 – Grupos de Poder.....	58
4.2.5 – A Racionalidade.....	58
5 – ANÁLISE ERGONÔMICA DA GESTÃO COOPERATIVA (UNIMED- FLORIANÓPOLIS)	
5.1 – Considerações Gerais.....	61
5.2 – Coleta de Dados.....	66
5.3 – Estrutura do Processo Decisório.....	66
5.4 – Estilos Gerenciais Encontrados	68
5.5 – Tipos de Decisões Encontradas	70
5.6 – Ação dos Ambientes Interno e Externo na Tomada de Decisão	71
5.7 – A Racionalidade Predominante	73
6 – CONCLUSÃO.....	75
7 – PERSPECTIVAS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS.....	84
ANEXO I	85
ANEXO II.....	89
ANEXO III.....	126

RESUMO

O presente estudo focaliza uma cooperativa de trabalho médico integrada a uma federação, confederação e a uma organização à guisa de uma “holding”, o complexo empresarial cooperativo Unimed.

As cooperativas de trabalho médico estão sendo observadas com crescente interesse pois elas têm-se mostrado como uma boa solução brasileira, já exportada para outros países, para o exercício liberal da Medicina, sem qualquer intermediação, satisfazendo o médico, usuário e estruturas assistenciais de apoio.

A UNIMED-Florianópolis é uma importante singular da Unimed do Brasil, cuja gestão é alvo de críticas pelos cooperantes.

Estudou-se a gestão da organização através do processo decisório procurando-se mostrar suas múltiplas instâncias de decisão nos Conselhos de Administração, Fiscal, de Ética, inserindo-se o cooperante como figura fundamental da cooperativa, embora pouco presente.

Faz-se uma retrospectiva histórica da atividade médica e das raízes do cooperativismo em diversos países e no Brasil. É descrito o cooperativismo médico enfatizando o de trabalho representado pelas UNIMEDs.

Trata-se de um estudo de caso da UNIMED-Florianópolis, com coleta de dados baseada em pesquisa documental, entrevistas e questionário e metodologia baseada na Análise Ergonômica do Trabalho preconizada por Santos e Fialho (1997). O estudo permite demonstrar a íntima relação entre Ergonomia e Cooperativismo e, assim assinalar os pontos frágeis da gestão cooperativa, propondo um redimensionamento na estrutura organizacional da UNIMED-Florianópolis.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 – Considerações Gerais:

Buscar a saúde ou mantê-la tem sido uma das maiores preocupações e reivindicações do homem e da sociedade desde suas organizações mais primitivas.

Inserido como principal coordenador e executor das ações catalizadoras da preservação ou promoção da saúde está o médico, tipificado na cultura ocidental na figura de Esculápio, divindade que viveu em aproximadamente 1.200 a.C. (LIMA, 1981).

Na Grécia e Roma antigas (Século V a.C.) o trabalho médico era exercido sem nenhuma regulamentação jurídica ou política pelo Estado (NOGUEIRA, 1990), mas na Babilônia, cerca de 2.000 a.C., HAMURABI elaborou um código que fixava salários cirúrgicos e punições por desempenhos assistenciais inadequados.

Com HIPÓCRATES (460 a.C.) fica para trás a fase artesã de Medicina, surgem métodos científicos e há a formulação do juramento como cartilha corporativista, ao lado de uma valorização filosófica e ética do trabalho (NOGUEIRA, 1990). A forma de trabalho era a liberal atendendo aos pacientes a domicílio, pois acredita-se que somente no ano 400 d.C. em Óstia, na Itália, foi fundado um dos primeiros hospitais. Os médicos recebiam honorários, isto é, retribuição por um trabalho que é difícil ou impossível de fixar preço e o paciente por honra da dedicação pagava de forma simbólica (IRION, 1994).

Em 1.200 d.C. FREDERICO II da Sicília patrocina nova intervenção do Estado no controle da prática médica, influenciando na educação dos médicos e na

cobrança dos seus serviços. Só podia exercer a Medicina quem tivesse tres anos de lógica.

Em 1520 o “Royal College of Physicians” de Londres estabeleceu um Código de Ética, e em 1847 foi fundada a Associação Médica Americana “para elevar a qualidade de educação médica e para melhorar a eficiência da prática médica”.

A Organização Médica Mundial, em 1948, adotou a Declaração de Genebra, com característica de juramento de Hipócrates que provavelmente buscava a manutenção do exercício liberal do médico. Este trabalho médico liberal foi progressivamente desaparecendo frente ao monopólio empresarial e ao capitalismo do Estado (CARNEIRO, 1981).

No Brasil, até 1923, a atividade médica era quase toda liberal. A partir da lei nº4682/23 – Lei Eloi Chaves, foi criada a Previdência Social e seus “Institutos de Previdência” são dirigidos com forte tendência à assistência médica. Segundo FLORES SOARES *apud* ALCÂNTARA (1979, p.19) “desvirtuou-se totalmente o ato médico (...) desumanizaram a Medicina” e progressivamente o Estado passou a controlar o trabalho do médico ao ponto de garantir a subsistência de cerca de 70% dos médicos ativos na década de 70, cuja jornada semanal de trabalho, somando todas as atividades, era superior a 50 horas para a maioria dos médicos (MEDICI, 1985).

Nesta época também grande número de sindicatos e associações profissionais da categoria médica denunciavam o assalariamento como um caminho inevitável à retribuição do ato médico.

Paralelo a estes fatos, a partir dos anos 60 houve uma expansão enorme das escolas médicas, com o crescimento no mercado de trabalho de 45.000 para 102.000 o número de médicos entre os anos de 1970 a 1980 (MEDICI, 1995, p.33), criando condições favoráveis para o desenvolvimento da “Medicina de Grupo”

intermediadora do trabalho do médico e preocupada apenas em buscar o lucro através da doença.

Novo fato, em 1966, foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) pelo Presidente Castelo Branco com objetivo de equiparar a assistência médica prestada a todos os trabalhadores. Instalaram-se as filas, e os conflitos importantes entre médicos, pacientes e instituições, começaram a prejudicar a qualidade do trabalho médico prestado.

Em dezembro de 1967, surgia no Brasil o COOPERATIVISMO MÉDICO, em Santos, São Paulo. “Era uma resposta ao modelo atual de saúde falido e a voracidade da medicina chamada de grupo, despreocupada com padrões éticos e compromissada com o lucro” (FRANÇA, 1996).

Houve uma nova linguagem para a retribuição do trabalho, não era honorário, não era salário, era a UT, Unidade de Trabalho, uma revalorização ética e filosófica do ato médico.

O ato médico é a essência do trabalho e segundo GENIVAL VELOSO FRANÇA (1996, p.80) deve ser conceituado, *strictu sensu* como “utilização de meios e recursos para prevenir a doença, recuperar e manter a saúde do ser humano ou da coletividade, inseridos nas normas técnicas dos conhecimentos adquiridos nos cursos de medicina e aceitos pelos órgãos competentes, estando quem o executa, supervisiona ou solicita, profissional e legalmente, habilitado”.

O cooperativismo médico é uma possível solução ao enorme problema assistencial, talvez um dos mais viáveis modelos que contemple um trabalho médico ético, economicamente compensador e capaz de atender plenamente as expectativas dos usuários. CASTILHO vai mais longe, dizendo que “...a crise da assistência médica não é privilégio do terceiro mundo. Os americanos estão buscando saídas...

sem arroubos de megalomania ou delírios paranóicos, acho que vamos exportar know-how de medicina assistencial cooperativa para o primeiro mundo...” (UNIMED do Brasil, 1997, p.39).

O sistema cooperativo, se não é capaz de resolver todos os problemas de binômio capital-trabalho, pelo menos tem a capacidade de gerenciar impasses, o que não é observado por outros sistemas. Por outro lado as técnicas de gestão estão pouco desenvolvidas e estudadas na área da saúde.

O exercício da atividade liberal do médico e a centralização por ele das ações da saúde contribuíram fortemente para o atraso da incorporação de métodos administrativos, absorvidos e bem desenvolvidos em vários outros segmentos produtores de bens ou serviços. Com frequência observa-se, se não insucessos, só tímidos resultados de gerenciamento médico nas Organizações de Saúde, embora não se possa olvidar a alta complexidade, as influências internas e externas, a sofisticada tecnologia destas organizações.

A cooperativa médica não foge das características de uma organização de saúde, de uma empresa, e desta forma sua sobrevivência depende, entre outras circunstâncias, das tomadas de decisões.

A tomada de decisão embora pareça uma ação administrativa simples “na verdade é um assunto complexo e digno de estudo profundo” (JUCIUS et SCHLENDER, 1986, p.44).

A organização do trabalho é um campo de estudo fértil para a Ergonomia (MONTMOLLIN, 1990, p.69) e a cooperativa de trabalho é uma amostra incomum onde o empregado é patrão e cuja produção (de poucos) pode consumir os recursos (de muitos). Também a Ergonomia centrada nas *Atividades* identifica-se fortemente na análise do ato médico cooperativo.

1. 2 – Justificativa:

A crescente importância do cooperativismo de trabalho médico brasileiro, surge como novo paradigma de assistência médica e constitui-se em modelo ímpar. Forma um sistema com outras cooperativas médicas cujo faturamento anual supera 3 bilhões de dólares (IRION, 1994).

O Cooperativismo Médico, ao dispensar qualquer intermediação do trabalho, põe-se como inigualável forma de organização permitindo constituir um sistema de assistência médica adequado e viável. Organismos internacionais como a ONU, OMS, OIT reconhecem este novo modelo assistencial (CASTILHO, 1997, p.112).

Também fortalece este paradigma a criação da Organização Internacional das Cooperativas de Saúde (IHCO) durante a Conferência Regional da Aliança Cooperativa Internacional em novembro de 1996, na Costa Rica. A constituição desta nova organização foi liderada pelo Brasil e contou com a participação das organizações cooperativas espanholas e japonesas. A Aliança Cooperativa Internacional vê o Sistema UNIMED como o maior fenômeno cooperativo do mundo contemporâneo.

O Cooperativismo Médico também se insere nas projeções futurísticas, onde se busca a valorização do indivíduo, o trabalho ético e o ganho dentro dos limites dos recursos da sociedade (IRION, 1994).

O modelo UNIMED foi implantado no Paraguai em 1983 e em 1994 na Colômbia. A UNIMED MERCOSUL foi constituída em 1994 aliada à Federação Médica da Província de Buenos Aires (Argentina), e ao Centro de Assistência do Sindicato Médico do Uruguai, (CASMU). E ainda neste ano representantes do governo da Rússia e Letônia estiveram no Brasil estudando o cooperativismo médico visando implantá-lo em seus países (UNIMED do Brasil, 1997, p.132).

De outro lado, na organização cooperativa o crescimento do movimento cooperativista médico começa a gerar problemas, seja pelo desinteresse do cooperante aos princípios cooperativos, seja pelos aspectos da gestão. Nos dois casos a vitalidade de organização sofre ameaça. Desta forma justificam-se estudos neste campo, até o momento inexplorados em dissertações ou teses de pós-graduação, focalizando a organização de trabalho em cooperativa médica.

A Ergonomia como ciência muito se aproxima do cooperativismo considerado como movimento econômico social. A faceta empresarial de uma cooperativa absolutamente não desvirtua a preocupação com o comportamento humano no trabalho.

A Ergonomia visa promover o trabalho como atividade agradável, gratificante, produtiva (VOLPI, 1995) e é lícito buscar uma superposição com os predicados dos trabalhos cooperativistas. A Ergonomia e o Cooperativismo tem uma convergência centrada no ser humano e no trabalho ético, ambos inspiradores do paradigma esperado para o próximo milênio. Se o cooperativismo é fonte inesgotável de soluções para as aspirações sociais, a ergonomia põe-se como parceira ideal contribuindo para atingir uma organização digna e saudável do trabalho, bem como com justa remuneração.

SANTOS E FIALHO (1995, p.18) bem traduzem a intimidade do Cooperativismo com a Ergonomia ao citar LEONTIEV: “o trabalho humano... é uma atividade originalmente social, fundada sob a cooperação dos indivíduos a qual supõe uma divisão técnica... das funções do trabalho”.

O Cooperativismo médico e Ergonomia tem interfaces amplas: há a abordagem cognitiva do ato médico, o estudo da organização do trabalho, a tecnologia, “o ambiente hospitalar tão complexo quanto o de uma empresa

industrial, com equipamentos sofisticados que não podem parar, turnos de trabalhos diferentes” (IIDA, 1992, p.11).

Ainda pode-se buscar uma forte relação da ergonomia com o cooperativismo resgatando o pensamento de WEERDMEESTER (1993, p.122) sobre a gerência de projetos, onde se deve assegurar a colaboração de todos, dividir responsabilidades e buscar um produto final oferecido com qualidade aos usuários.

Desconhece-se qualquer estudo sobre análise Ergonômica da Gestão em uma Singular de uma Cooperativa Médica. Desta forma é relevante esta dissertação, como contribuição ao estudo da gestão focalizando o processo decisório.

Para uma organização cumprir sua missão e afastar-se da entropia, a sistemática da tomada de decisão é o ponto capital e a racionalidade vigente determina o resultado do processo decisório. O presente trabalho pretende ampliar os poucos conhecimentos sobre organizações cooperativas médicas estudando o processo decisório.

1.3 – Objetivos:

1.3.1 - Objetivo Geral:

O objetivo da dissertação é estudar o cooperativismo médico de uma singular, sob a ótica da Análise Ergonômica do Trabalho em estudo de caso focalizando a Gestão e o processo decisório desenvolvido na UNIMED-Florianópolis.

Procura-se caracterizar o modelo decisório e identificar a lógica de ação (política, instrumental, substantiva) observada nas decisões tomadas nos diversos

níveis da administração cooperativa ou melhor, nos diversos Conselhos da administração cooperativa.

Ainda, pretende-se analisar o fluxo de informações e verificar quais as características necessárias para a administração na organização cooperativa.

1.3.2 - Objetivos Específicos:

De forma mais específica os objetivos deste estudo compreendem:

- relatar a doutrina cooperativista médica.
- situar o médico cooperante na gestão da cooperativa.
- avaliar as decisões tomadas pela organização cooperativa nos diferentes Conselhos.
- caracterizar o estilo gerencial dos dirigentes nos diversos Conselhos cooperativos.
- buscar a lógica da ação (racionalidade) que caracteriza as decisões tomadas.

1.4 – Metodologia:

O perfil da pesquisa é descritivo que, segundo RUDIO (1990, p.55) “procura conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la”; busca conhecer sua natureza, composição, processos que a constituem ou nela se realizam.

A pesquisa descritiva aparece sob diversas formas, uma das quais é o estudo de caso (RUDIO, 1990, p.57), onde se faz uma pesquisa “de um determinado indivíduo, família, grupo, ou comunidade com o objetivo de realizar uma indagação em profundidade para se examinar o círculo de sua vida ou algum aspecto particular desta”.

Na coleta de dados utilizou-se como instrumento o questionário, as entrevistas, e a leitura das atas dos diversos conselhos.

A metodologia apoia-se na Análise Ergonômica do Trabalho preconizada por SANTOS e FIALHO (1997).

1.5 – Limitação do Trabalho:

Um estudo envolvendo uma cooperativa deveria considerar para análise três segmentos: a COOPERATIVA, o COOPERANTE, com sua participação inusual na empresa, exercendo simultaneamente atribuição (atividade) de dono e mão-de-obra operacional e o USUÁRIO; porém esta dissertação limita-se a análise do binômio cooperativa-cooperante, focalizado a gestão através do processo decisório.

Estudar o ato de administrar, gerenciar e ordenar a organização pelo processo decisório foi o balisamento proposto para a presente dissertação.

Não se aborda produção ou produtividade ou formas de atividade hospitalar ou qualquer envolvimento com entidades anátomo-patológicas. Deixa-se também de lado quaisquer aspectos cognitivos envolvidos no processo decisório.

1.6 – Estrutura do Trabalho:

O estudo foi ordenado em sete capítulos, sendo o último um indicador de estudos futuros dentro da Cooperativa UNIMED.

O capítulo 1 faz uma abordagem histórica da atividade médica, fixa o médico dentro do Cooperativismo e mostra os pontos de convergência entre Ergonomia e Organização Cooperativa. Justifica-se a dissertação e expõem-se os objetivos, metodologia e limitações do trabalho.

O capítulo 2 caracteriza a organização cooperativa, enumera os princípios cooperativos, fala do cooperativismo no Brasil e sua pujança nacional e internacional como a maior organização não governamental.

No capítulo 3 está contemplado o cooperativismo médico, seus primórdios, o surgimento no Brasil da UNIMED e o detalhamento da UNIMED-Florianópolis.

A revisão bibliográfica, fonte da base teórica da dissertação, encontra-se no capítulo 4. São feitas considerações sobre a gestão cooperativa, estabelecidas as diferenças entre cooperativa e empresa de capital; discorre-se sobre o processo decisório e seus comemorativos, tais como estilos gerenciais, tipos de tomada de decisão, ambiente organizacional, grupos de poder e aspectos ligados à racionalidade.

O capítulo 5 dedica-se a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. O processo decisório envolve o cooperante, os Conselhos de Administração, Fiscal e de Ética.

As conclusões apontadas no Capítulo 6 são alertas para os riscos de desvio à missão cooperativa da UNIMED-Florianópolis, e sinalizadoras da necessidade de novos enfoques organizacionais capazes de fortalecer a cooperativa.

Os anexos I, II, III, trazendo o Código de Ética Cooperativa, os Estatutos da UNIMED-Florianópolis e os resultados de questionário aplicado aos médicos cooperantes, são suportes elucidativos ao texto da dissertação.

CAPÍTULO 2

ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA

2.1 – Considerações Gerais:

O cooperativismo como doutrina ou sistema ou organização social ou ainda como movimento sócio-econômico tem origem remota na Babilônia, Grécia e Egito, com a cooperação nos campos de trigo, no artesanato e no sepultamento. Também na China (400 a.C.), os mercadores fugindo dos prejuízos causados pelos freqüentes naufrágios no rio Yang – Tsé, organizaram-se distribuindo suas mercadorias em várias embarcações, de tal modo que a perda da carga de um barco, ao ser compartilhado por todos, evitava o prejuízo total de um mercador (HARTUNG, 1996).

No continente americano há exemplos de ajuda mútua nas civilizações Asteca e Inca, principalmente no setor agrário (FERNANDES, 1997). No Brasil a **República dos Guaranis** contribuiu como forte marco histórico ao movimento cooperativista: “Os bens são comuns, a ambição e a avareza são vícios desconhecidos... não havia moeda, nem intermediário... as profissões eram organizadas... e tudo em grande paz” (CARNEIRO, 1978, p.20).

No destaque sócio-econômico da cooperação está a “Confraria de Ampelákia”, na Grécia, região próximo do Mar Egeu e fronteira ao “Olympus”. Seus habitantes guardavam o segredo de tingir em vermelho os fios de algodão sem que eles descorassem. Para proteger seu trabalho, reunem-se em 1780 com o objetivo de definir princípios. Em estatutos consignaram “o trabalho para todo

mundo, todo mundo ao trabalho e justa remuneração do trabalho” (CARNEIRO, 1981, p.311).

A gestão era democrática – pela Assembléia Geral – e o ganho resultado do trabalho realizado. Para HENRY DESROCHE, citado por CARNEIRO (1981, p.309) “a estrutura comunitária de Ampelákia pertence a pré-história social do movimento cooperativo, discernindo valores organizados que antecipam qualquer outra organização econômico – social”.

Sob o ângulo participativo cooperativista, as mulheres do Monte Ararat despontam como maior exemplo, ao se reunirem para a fabricação do queijo e da manteiga em ambiente fundamentalmente comunitário (CARNEIRO, 1978).

Entretanto, a origem da organização denominada hoje COOPERATIVA aconteceu no dia 21 de dezembro de 1844, quando 27 tecelões e uma tecelã fundaram no bairro da Rochdale, em Manchester (Inglaterra), a SOCIEDADE DOS PROBOS PIONEIROS DE ROCHDALE sob inspiração das idéias de ROBERT OWEN (1771 –1858), considerado o pai do cooperativismo. OWEN criou a palavra CO-OPERATION, princípio cooperativo que buscava uma nova ordem social e econômica baseada na valorização, organização e distribuição do trabalho. Acreditava que “o homem tem duas coisas que ele pode trocar com outro: o trabalho e o produto do trabalho... e o padrão natural de valor é, em princípio, o trabalho humano, ou o poder manual combinado com o poder mental do homem determinado em ação” (CARNEIRO, 1981, p.65).

Entre 1806 e 1813 em New Lanark, Inglaterra, na indústria de fiação de seu sogro, Robert OWEN teve oportunidade de por em prática alguma de suas idéias, tais como a redução do número de horas diárias trabalhadas, à época estipulada em 14 horas para adultos e 10 horas para crianças. Em 1826 com seu Livro “REPPORT

OF THE COUNTRY OF LANARK” influencia lideranças da Inglaterra no movimento socialista, tornando-se a partir daí o pai do socialismo inglês.

OWEN antecipou-se à teoria de KARL MARX fixada no “O CAPITAL” editado em 1867. OWEN expõe em seu livro que “se o trabalho é a fonte de toda a felicidade e o homem troca seus produtos de acordo com o trabalho realizado por ele, é necessário uma pequena teoria para convencer ao homem trabalhador que ele tem direito ao que ele realiza” (PINHO, 1991, p.655).

ESTA PEQUENA TEORIA É A TEORIA DA COOPERAÇÃO.

2.2 – Princípios Cooperativos:

Os princípios propostos em Rochdale se espalharam pelo mundo e pouco se modificaram com o tempo, constituindo-se a base do cooperativismo:

- livre adesão;
- seleção dos membros;
- distribuição do excedente líquido;
- taxa limitada de juros do capital;
- educação dos cooperados;
- gestão democrática;
- neutralidade política e religiosa.

O movimento cooperativista teve em CHARLES GIDE, Professor de economia política, seu maior propagador através da fundação da Escola de Nîmes; conceituava COOPERATIVA como “um agrupamento de pessoas procurando fins

econômicos, sociais e educativos em comum, através de uma empresa comercial” (UNIMED do Brasil, 1992, p.23).

O conceito de GIDE serviu de base à definição atual de cooperativa, expressa no relatório do Congresso do Centenário da Aliança Cooperativa Internacional realizado na Inglaterra em 1995: “COOPERATIVA é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida” (HARTUNG, 1996, p.7).

O relatório também enumera valores do cooperativismo, tais como:

- ajuda mútua;
- preocupação com seu próximo;
- responsabilidade;
- democracia;
- igualdade;
- equidade;
- solidariedade;
- honestidade e
- responsabilidade social.

Aos princípios cooperativos somam-se fortes manifestações, tais como o pronunciamento de JOÃO PAULO II (Chefe espiritual da Igreja Católica Romana), por ocasião de sua visita ao Brasil, em 1980: “que o homem seja o centro de toda atividade social... este homem que mediante seu trabalho e o produto de seus braços e de sua inteligência é o construtor da sociedade” (PINHO, 1991, p.655).

Para MARIA T. MENDES, em depoimento, (PINHO, 1991, p.429) o COOPERATIVISMO deveria ser considerado não tanto como uma resposta a problemas econômicos financeiros dos trabalhadores, mas como **instrumento de promoção do homem**.

Também as cooperativas podem aspirar o encontro do sistema social desejável, onde o homem não explore o homem e o **valor de trocas**, participação ou retribuição, seja fixado em alguma unidade do trabalho.

No cooperativismo o trabalho está agregado como “ERGON” (do grego criação, obra de arte) e não como “PONOS”(esforço, penalidade). O COOPERATIVISMO é a valorização do trabalho como indissolúvel manifestação do homem em sociedade. Se o cooperativismo apareceu e cresceu para enfrentar a crise social gerada pelo CAPITALISMO, ele tem também seus conflitos com MARX, quando este afirma “Sempre que não se exerça sobre eles uma impulsão física ou de outra ordem qualquer, os homens fogem do trabalho como da peste”(CARNEIRO, 1981, p. 154). Em que pese a importância da obra de MARX denunciando no “O Capital” a exploração do homem, há arestas entre **cooperativismo e socialismo**.

IRION (1997, p.9), médico estudioso do cooperativismo engrandece o trabalho participativo assinalando: “o trabalho não é castigo nem simples meio de subsistência. Ele é, na realidade o caminho de realização do homem, que como ser inteligente e superior, consciente de sua visão neste mundo, aspira contribuir para o aperfeiçoamento e o bem estar da sociedade”.

Nesta visão ele comunga com a manifestação de SANTOS e FIALHO (1995, p.18): “o trabalho individual não pode ser separado do coletivo, o qual lhe dá todo o seu sentido”.

Dentro do cooperativismo a ÉTICA é uma constante pois “cooperar é crer no homem que se une aos semelhantes para a promoção e o bem estar conjuntos. A responsabilidade exercida em conjunto confere ao grupo uma experiência de amadurecimento que permite a cada um identificar-se melhor com a cooperativa” (FELÍCIO, 1993, p.11).

O trabalho cooperativo é o meio por excelência para o desenvolvimento do homem no terreno econômico e social em que pese OWEN ter sido chamado de “utópico”, frente ao “socialismo científico” proposto pelo marxismo. A ampla interface entre Ergonomia e Cooperativismo está na valorização do homem e do seu trabalho.

Ideologicamente o setor cooperativo ocupa o lugar intermediário entre dois grandes setores: em alguns aspectos se parece com o serviço público e em outros com o setor privado, com tendências para adotar o melhor de cada um.

2.3 – Tipos de Cooperativismo:

Para LAIDLAW (1981, p.20) “O conceito de cooperação é tão versátil e universal que o cooperativista de um certo tipo de cooperativa de qualquer parte do mundo ao visitar uma de diferente tipo e de outra cultura poderá rapidamente compreendê-la ... As cooperativas são em sua maior parte responsáveis pelo desenvolvimento econômico do setor rural do Japão; As cooperativas de distribuição de energia elétrica foram as encarregadas de dar à luz a América Rural... O movimento cooperativo na Romênia tem o melhor sistema de excursões e de férias em todo o país... O sistema bancário e de crédito agrícola da França ocupa o 2º lugar no mundo pelo seu desenvolvimento;... na Malásia, o sistema de seguros mais importante é cooperativo; Na Itália, os diferentes sistemas de cooperativas

industriais são considerados como a forma mais efetiva para conservar fontes de trabalho...”

Na França, o banco mais poderoso é o cooperativo e na Dinamarca o cooperativismo é a própria estrutura da nação (PINHO, 1991, p.11).

No Brasil a partir de 1994, a ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB) classifica as cooperativas como:

- **Agropecuárias:** voltada para a produção rural, buscando financiamento para implantar tecnologia de ponta e buscar insumos.
- **Crédito:** seja rural ou urbano, estimula a poupança e procura atender as necessidades de créditos dos cooperantes.
- **Consumo:** com a finalidade de adquirir bens de consumo para os cooperantes.
- **Educacional:** visa capacitar ou aprimorar conhecimentos para o cooperante ou seus dependentes. Formada por alunos maiores de idade ou por pais de alunos.
- **Especial:** são cooperativas não plenamente autogeridas, formada por pessoas integradas parcialmente na sociedade ou com certo grau de incapacidade.
- **Habitacional:** são cooperativas que atuam na área de construção civil.
- **Mineração:** cooperativa formada para atender diversos interesses de mineradores.
- **Produção:** nestas cooperativas a produção e a comercialização fica a cargo de seus cooperados.
- **Serviços:** prestam serviços exclusivamente aos cooperantes.
- **Trabalho:** são cooperativas que reúnem pessoas de diversas atividades ou profissões com a finalidade de “vender” seu trabalho.

Apesar dos diferentes tipos de cooperativas, elas se reúnem pelo princípio da dupla qualidade: “numa entidade cooperativa os associados, ou sócios portadores de capital (donos da empresa) são os mesmos sujeitos usuários dos benefícios que ela produza”; ou princípio de identidade: “para uma instituição ser considerada cooperativa seus sócios precisam atender a condições de donos e simultaneamente, pelo menos, mais uma destas três condições: usuário, fornecedor ou trabalhador” (IRION, 1997, p.191).

Ainda, todos tem como finalidade maior a melhoria da situação econômica de seus membros através da solidariedade e responsabilidade entre os homens (LACROIX, 1981).

2.4 - Estrutura Cooperativa:

As cooperativas são empreendimentos de forma jurídica própria que se diferenciam das demais empresas ou sociedades civis por não visar o lucro, dividir as sobras na proporção do consumo ou trabalho produzido e se organizarem dentro de uma gestão democrática. Esta gestão acontece sob a égide da Assembléia Geral.

A Assembléia Geral é o órgão máximo da cooperativa. Ali se reúnem os sócios para discutir e decidir sobre os problemas mais importantes; as decisões tomadas são expressões das votações onde cada cooperado equivale a um voto. A Assembléia Geral Ordinária acontece uma vez por ano, para prestar contas do exercício anterior bem como atender outras atribuições fixadas em estatutos.

A Assembléia Geral Extraordinária é convocada quando necessária e delibera sem quaisquer restrições.

O Conselho de Administração é o órgão de comando da cooperativa e formado por cooperantes eleitos em Assembléia. Na organização cooperativa, segundo a concepção do Bureau Internacional du Travail, outras Comissões (entenda-se também como Conselhos) são constituídas para educar, coordenar, controlar e prever o trabalho da cooperativa. Fechando o sistema cooperativo encontra-se o cooperante que representa não só o nível operacional mas também o dono da cooperativa responsável pelo sucesso do empreendimento.

Em 1895, em Londres, fundou-se a ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL com a finalidade de congregar as cooperativas plantadas em todos os cantos do mundo.

A pujança do movimento levou a criação do DIA INTERNACIONAL DA COOPERAÇÃO, celebrado no primeiro sábado do mês de julho. Em 1982, o movimento cooperativista abrangia 679.000 cooperativas de 65 países com 360 milhões de sócios (BLANCO, 1983, p.30). Se a China for incluída nestes números provavelmente haverá aumento para mais de 500 milhões de pessoas, cifra que converte O MOVIMENTO COOPERATIVISTA no maior movimento sócio-econômico do mundo (LAIDLAW, 1981, p.19).

2.5 – O Cooperativismo no Brasil:

A presença inicial do cooperativismo no país deveu-se à forte influência cultural e política européia, principalmente através de CHARLES GIDE e BEATRIZ WEBB. Os imigrantes italianos, alemães, poloneses e mais recentemente japoneses, com importante e longa experiência com o cooperativismo implantaram seus princípios em diversas comunidades; ROBERTO RODRIGUES, em depoimento à Pinho, (PINHO 1997, p.19) reforça a circunstância básica geradora de

uma cooperativa – ela surge como resposta de um grupo de pessoas a uma agressão econômica externa; e acrescenta que a cooperativa é um instrumento capitalista com validade no sistema socialista.

MARIA TEIXEIRA MENDES, *apud* PINHO (1991) fixa o ano de 1891 como o da fundação da primeira cooperativa brasileira – A Associação Cooperativa de Empregados da Companhia Telefônica – em Limeira, São Paulo.

Já para HELMUTH EGWARTH, ainda segundo PINHO (1991), 1847 é o marco do movimento cooperativista brasileiro quando o médico JEAN MAURICE FAINE, adepto das idéias de FOURRIER (eliminação do lucro e do intermediário, valorizando o trabalho) funda no Paraná a “Colônia Tereza Cristina”.

Para JOSÉ SCHEIDER e ROQUE LAUSCHNER, ao analisar as “Tendências do Cooperativismo Brasileiro” (*apud* PINHO 1991, p.335), no Brasil parece impossível dissociar-se a origem e a evolução do cooperativismo da estrutura econômica e social vigente na época.

Entretanto, apesar das condições legais terem sido criadas pela Constituição Brasileira em 1891, com o aparecimento das cooperativas há mais de um século, ainda a bibliografia sobre cooperativismo é escassa.

Para PINHO (1991, p.156), as cooperativas não são tratadas sequer em capítulo especial sobre temas sócio-econômicos e assim... “há um verdadeiro círculo vicioso: a falta de publicações cooperativas não estimula a realização de estudos e a escassez de estudos cooperativistas não permite a ampliação do mercado de obras sobre cooperativismo”.

Quanto aos diplomas legais, as cooperativas são regidas atualmente pela Lei nº5764 de 16 de dezembro de 1971 que “define a Política Nacional de

Cooperativismo, institui o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas e dá outras providências” (ALCÂNTRA, 1979, p.303).

O Artigo 4º balisa a cooperativa, dentro dos princípios de Rochdale, com o seguinte texto: “as cooperativas são sociedades de pessoas com forma de natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características”: ... seguem incisos de I a XI, caracterizando a adesão voluntária, singularidade de voto, retorno das sobras líquidas, assistência aos associados, entre outros princípios cooperativistas.

O Capítulo III classifica as cooperativas em:

- **Singulares:** aquelas constituídas no mínimo por 20 pessoas físicas e excepcionalmente por algumas pessoas jurídicas.
- **Federações:** cooperativas centralizadas constituídas no mínimo por três singulares.
- **Confederações:** tendo, pelo menos, na sua estrutura três federações.

Apesar desta lei representar de um lado um avanço, de outro ela “engessa” a cooperativa e a subordina ao Estado (CARNEIRO, 1981); a cooperativa de trabalho fica vinculada ao INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) e embora a Constituição de 1988 em seu Artigo 5º ...reze que a criação de associação e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal no seu funcionamento tenha retirado as algemas, faz-se mister **uma legislação moderna para o cooperativismo brasileiro.**

Ainda que claudicante o cooperativismo no Brasil tem avançado como demonstram os temas oficiais do XI Congresso Brasileiro realizado no final do ano

de 1997, em Brasília. Foram cinco os temas listados na home page da OCB (www.ocb.org.br):

- Moderno gerenciamento da Empresa Cooperativa.
- Mudanças Institucionais.
- Capacitação para a Gestão da Empresa Cooperativa.
- Revisão do Sistema Cooperativista.
- Economia Mundial e Cooperativismo.

Dados recentes da OCB (1997) assinalam 4.342 cooperativas brasileiras com 3.876.824 cooperantes e 151.129 empregados. A movimentação econômica anual delas é estimada em R\$ 3 bilhões de reais com exportação de um bilhão de dólares em 1996 (DALPASQUALE, 1997).

Estima-se também que 6% do PIB brasileiro seja produzido pelo sistema cooperativo. (IRION, 1997).

2.6 – Perspectivas Futuras do Cooperativismo:

O Cooperativismo congrega atualmente 101 países somando 230 organizações e 715 milhões de pessoas (DALPASQUALE, 1997). Assim posto é a maior Organização não Governamental do mundo.

O COOPERATIVISMO, independente dos conflitos capitalista e socialista, nascido de uma crise social gerada pelo capitalismo e não da ideologia capitalista ou sob a tutela socialista de OWEN, pretende garantir no futuro, não só o emprego ou a retribuição monetária do trabalho, mas a integração do homem a um novo paradigma (IRION, 1997).

A terceira revolução industrial é sem dúvida a grande oportunidade do cooperativismo, pois se valoriza o homem como portador do conhecimento e da inteligência, em contraste com o capital e máquina.

O estudo sob o título “O fim da era industrial. O fim do emprego?” (REZENDE, 1996) reforça o futuro do cooperativismo: “... a variável social inclina-se em direção à reapropriação das realidades semi-destroçadas da pessoa, da família, da comunidade, do povo, da nação e ao abandono dos tipos ideais vendidos pela ideologia da modernidade: o indivíduo, o grupo, a classe, a sociedade e o estado. A variável cultural inclina-se em direção ao reconhecimento do espírito como uma dimensão constituída do fenômeno humano e a liberação deste mesmo espírito das amarras psicológicas que o manietava até aqui”.

O avanço tecnológico quebrou o equilíbrio da trilogia trabalho-emprego-homem trazendo entre outros, a robótica capaz de reduzir o espaço do homem no mercado de trabalho tradicional.

O avanço tecnológico melhorou o desempenho econômico das organizações, mas os salários reais e benefícios dos trabalhadores diminuíram de tal modo que em 1995, quase 80% das 142 categorias de trabalhadores não superaram nos seus aumentos a inflação (REZENDE, 1996). A COOPERATIVA com sua forte estrutura ética é capaz de gerenciar a crise de desemprego, podendo oferecer trabalho, ganho e sinalizar para UMA NOVA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO DE GESTÃO MAIS PARTICIPAÇÃO.

CAPÍTULO 3

COOPERATIVAS MÉDICAS

3.1 – Considerações Gerais:

Entre os precursores do cooperativismo médico encontra-se James Peter Warbasse, graduado em 1882 pela Universidade de Columbia. Ele difundiu os princípios cooperativistas publicando seus trabalhos no “American Journal of Surgery” e “New York State Journal of Medicine” e cativou para o movimento cooperativista Eleonor Roosevelt com dois artigos: “Democracia Cooperativista” e “Paz Cooperativa” (BLANCO, 1983).

Em 1947, WARBASSE publica o livro “Medicina Cooperativa”, analisando o cooperativismo nos EEUU e comentando sobre cooperativas médicas no Canadá, Bélgica, França, Jugoslávia, Japão e países da América Central e do Sul. Entretanto, estas cooperativas, na realidade, eram de usuários que se reuniam para contratar serviços médicos.

WARBASSE anunciava que “comprar saúde é um bom negócio”, mesmo que fosse ao preço médio anual de 120 dólares por família. Mas o cooperativismo médico não se difundiu adequadamente nos Estados Unidos, talvez pela falta de uma instituição que congregasse as várias cooperativas existentes (BLANCO, 1983).

LAMBEA (1983) descreve que em 1934 um grupo de cirurgiões de Bilbao (Espanha) formou uma sociedade capaz de oferecer as famílias de recursos limitados uma cobertura às hospitalizações por doenças cirúrgicas; buscavam a

proteção do exercício profissional liberal, defendiam a livre escolha e o pagamento do trabalho médico sem qualquer intermediação.

Também na Espanha, em Barcelona, ROSEMBUJ (1983) assinala a Sociedade Cooperativa Lavinia com 14.815 médicos associados participando de uma cooperativa “compradora” de serviços médicos.

No Brasil, a desorganização progressiva do sistema público de saúde permitiu a entrada de empresas mercantilistas que passaram a explorar o trabalho do médico.

No final dos anos 60, estas empresas investindo maciçamente no rico filão do polo petroquímico de Santos, despertaram a preocupação da classe médica santista que buscou fórmulas para impedir o avanço delas.

Por iniciativa do Dr. EDMUNDO CASTILHO, presidente do Sindicato Médico, foi criada a primeira cooperativa médica brasileira, em Santos no dia 12 de novembro de 1965. Chamou-se UNIMED (União dos Médicos) e teve sua ata de fundação inscrita no INCRA em 28 de agosto de 1968. Estava regulamentada, com muita luta e sacrifício, em plena época da ditadura militar, uma cooperativa de trabalho com forte base ética, preocupada com o usuário e sem o objetivo do lucro (UNIMED do Brasil, 1992, v.1). A Assembléia geral realizou-se em 18 de dezembro de 1967, data habitualmente consignada como de sua fundação.

Surgia uma nova era na assistência médica brasileira:

- estava inaugurada a livre escolha do médico, do hospital, do laboratório e de outros serviços auxiliares;
- desaparecia o “intermediário” no relacionamento médico-paciente;
- ficava fortalecida a Ética Médica;

- ressurgia a atividade médica liberal, personalizando o médico em seu consultório como local de encontro com o paciente;
- livre ingresso, como sócio e não empregado, cria uma importante fonte de emprego para os médicos mais jovens.

Hoje a UNIMED conta com quatro pessoas entre dez que possuem assistência médica no Brasil, representando assim mais de 11 milhões de usuários. Nos últimos cinco anos as empresas de medicina de grupo cresceram 2,9% e a UNIMED 18%. A cooperativa a nível nacional gerou 16,5 mil empregos diretos e 260 mil empregos indiretos.

Abrigadas sob uma Confederação estão 34 Federações unindo 328 UNIMEDs Singulares com mais de 86.000 médicos cooperantes (UNIMED do Brasil, 1997) atendendo mais de 76% dos municípios brasileiros.

Para sustentar a UNIMED como melhor sistema de saúde do Brasil houve necessidade da formação do COMPLEXO UNIMED até com a participação de uma S.A. e que segundo AKAMINE “não é heresia nenhuma o fato de a cooperativa ter empresas capitalistas (como a nossa Unimed Seguradora que é uma S.A.). A sua finalidade é desenvolver o Cooperativismo na assistência médica” (UNIMED do Brasil, 1992, p. 163, v.1).

3.2 – Unimed de Florianópolis:

Buscando o reencontro com a medicina liberal, afastando a intermediação do trabalho médico, um grupo de médicos de Florianópolis fundou a UNIMED em 30 de agosto de 1971. De início chamou-se SANMED, porém como o nome coincidia

com o de um sabão foi trocado para MEDSAN e mais tarde para UNIMED, como cooperativa já integrada a um sistema nacional.

O primeiro contrato, assinado entre a Cooperativa e o Fundo de Previdência Parlamentar, foi em 20 de abril de 1972. As instalações físicas da Cooperativa, naquela época, restringiam-se a duas salas no prédio da Associação Catarinense de Medicina.

Apesar das desconfianças dos médicos em aderir ao movimento cooperativista, praticamente desconhecido pela imensa maioria, a UNIMED-Florianópolis teve um crescimento progressivo, contando atualmente com sede própria, serviços informatizados e sendo fonte importante de recursos para várias instituições de saúde, cuja dependência econômica à UNIMED-Florianópolis vai além de 40% do seu faturamento mensal. Também uma pesquisa, no ano de 1997 entre os médicos cooperantes, mostrou que 42% tem sua renda mensal dependente da UNIMED com oscilação entre 20% e 50% e que para 16% dos cooperantes a Cooperativa é responsável por mais de 50% do ganho mensal.

Vários fatores contribuíram para atingir a “força” cooperativa da UNIMED-Florianópolis:

- a inexpressiva densidade populacional atendida por “planos de saúde” ou “seguros saúde” na região.
- a inexistência de uma força econômica capaz de suportar gastos particulares com a assistência à saúde.
- a presença de uma “classe média” atormentada pela deterioração do sistema público de saúde e não se permitindo mais freqüentar as “filas” do INAMPS.
- aceno da Cooperativa para um atrativo e diferenciado atendimento à saúde.

- ingresso progressivo de médicos cooperantes com alta qualificação científica e ética.
- desaparecimento gradual do emprego público, responsável pelo maior número de vagas oferecidas ao mercado de trabalho.
- a “inflação” crescente de médicos, graduados anualmente, que não encontravam um emprego decente.

A UNIMED-Florianópolis abrange os seguintes municípios:

Florianópolis, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, Angelina, Rancho Queimado, São Bonifácio, Anitápolis, Alfredo Wagner, Paulo Lopes, Garopaba, Biguaçu, Antônio Carlos, Governador Celso Ramos, Tijucas, Canelinha, São João Batista, Nova Trento e Major Gercino.

Em setembro de 1997 contava com o seguinte quadro de participantes:

• Médicos Cooperantes	1050
• Usuários	162.000
• Clínicas cooperadas	81
• Laboratórios cooperados	09
• Clínicas credenciadas	45
• Laboratórios credenciados	25
• Hospitais credenciados	21

Seu movimento econômico segundo o “Relatório do ano de 1996, mês setembro” e a circular número 068/97, está dimensionado nos seguintes números:

- 700.000 receitas/ano com um custo médio unitário de R\$10,00.
- R\$899.510,14 pagos a clínicas.

- R\$508.215,16 pagos a hospitais.
- R\$549.038,28 pagos a laboratórios.
- R\$674.259,65 pagos a serviços de imagem.
- R\$1.807.531,73 pagos a médicos cooperantes.
- R\$39.517,87 pagos a médicos não cooperantes.

Alguns laboratórios e clínicas foram admitidos como cooperantes, em caráter excepcional, com base na lei nº 5.764 e Estatutos da UNIMED-Florianópolis no seu artigo 3º do Capítulo III.

Esta figura do cooperante pessoa jurídica, para muitos médicos é uma distorção da cooperativa de trabalho médico, pois valoriza a atividade da empresa – que visa o lucro – em detrimento do trabalho individual e participativo.

O Estatuto atual da UNIMED-Florianópolis foi aprovado em Assembléia Geral Extraordinária realizada em 22 de novembro de 1995.

Para ingresso o médico deve, entre outras exigências, aceitar:

- a) os termos do Estatuto da Cooperativa;
- b) os termos do Código de Ética Cooperativa;
- c) não participar de dupla militância, isto é, exercer qualquer atividade considerada competitiva ou que fira os princípios cooperativos.
- d) filiar-se à Associação Catarinense de Medicina;
- e) integralizar sua parte do capital, atualmente equivalente a R\$1.250,00;
- f) reservar, pelos menos, 30% de sua agenda de atendimentos para os usuários da UNIMED-Florianópolis.

O ingresso como cooperante lhe confere os direitos mencionados no artigo 6º e relaciona seus deveres no artigo 7º do estatuto da Cooperativa (ANEXO II).

O Cooperante ao exercer sua atividade, prestar seus serviços médicos, confunde-se diariamente com a imagem da UNIMED. Suas decisões frente ao usuário são consideradas como de origem cooperativa.

Os 162.000 usuários da Cooperativa contrataram a prestação de serviços médicos e hospitalares através de dois planos básicos:

- custo operacional, sem risco para a UNIMED, na qual o usuário paga o que usa.
- de pré-pagamento, com risco para a UNIMED, abrangendo 35% dos usuários.

Um pagamento mensal fixo garante os serviços explicitados no contrato.

O usuário utiliza os serviços da Cooperativa a partir de duas entradas:

- por consulta médica eletiva, habitualmente em consultório particular;
- pelo atendimento médico de urgência ou emergência, em unidade hospitalar ou assemelhada.

A UNIMED-Florianópolis conta com 102 funcionários distribuídos em cargos e funções conforme a tabela que se segue.

Número de funcionários, de cargos e funções da UNIMED-Florianópolis.

DEPARTAMENTO	Nº DE FUNCIONÁRIOS	CARGOS E FUNÇÕES
APOIO OPERACIONAL	5	1 COORDENADOR E 4 AUXILIARES
CENTRAL DE ATENDIMENTO	7	1 COORDENADOR E 6 ATENDENTES
DESENVOLVIMENTO COOPERATIVO	1	1 ASSISTENTE SOCIAL
FATURAMENTO	21	18 AUXILIARES ADM E 3 ESTAGIÁRIOS
INTERCÂMBIO	6	1 COORDENADOR; 3 AUXILIARES ADM E 2 ESTAGIÁRIOS
O&M	1	1 ANALISTA DE O&M
TESOURARIA	8	1 COORDENADOR ; 6 AUXILIARES ADM E 1 ESTAGIÁRIO
PERÍCIA	2	2 MÉDICOS
RECEPÇÃO	9	2 COORDENADORES; 1 RECEPCIONISTA E 6 ATENDENTES
SECRETARIA	2	2 SECRETÁRIAS
SERVIÇOS GERAIS	12	1 COORDENADOR; 2 TELEFONISTAS; 5 CONTÍNUOS; 1 AUX. DE MANUTENÇÃO; 1 VIGIA E 2 AUX. SERVIÇOS GERAIS
SOCIETÁRIO	4	1 COORDENADOR; 3 AUXILIARES ADM
SSI (INFORMÁTICA)	5	1 SUPERVISOR; 2 ANALISTAS DE SISTEMA; 1 OPERADOR DE COMPUTADOR E 1 ESTAGIÁRIO
TRANSPORTE	3	1 COORDENADOR; 2 MOTORISTAS
VENDAS	5	5 AGENTES COMERCIAIS
R HUMANOS	2	1 ANALISTA DE RH E 1 ESTAGIÁRIO
GERÊNCIA DE MERCADO	3	1 GERENTE 2 AUXILIARES ADM
GERÊNCIA ADM/FIN	1	1 GERENTE ADM/FINANCEIRO
DIRETORIA EXECUTIVA	5	PRESIDENTE; VICE-PRESIDENTE; SUPERINTENDENTE; DIRETOR DE EDUCAÇÃO COOPERATIVA; DIRETOR DE CONTAS MÉDICAS.
TOTAL	102	

A UNIMED-Florianópolis junto com 14 outras singulares e nove seccionais do estado compõem a Federação Estadual, com 3.676 médicos cooperantes e 606.314 usuários.

A Federação de Santa Catarina forma com outras federações estaduais uma confederação, “fato raro no cooperativismo brasileiro, onde, em mais de 50 anos de existência, somente outro segmento do cooperativismo foi capaz de constituir sua confederação” (IRION, 1994, p.16).

A UNIMED-Florianópolis através da Federação Estadual integra-se a UNIMED Mercosul, Federação interfederativa que agrega as federações do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

A UNIMED-Florianópolis também participa do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED. Este complexo é formado por três sistemas distintos (UNIMED do Brasil, 1992, v.2):

a) SISTEMA UNIMED - composto pela reunião das singulares, federações e confederações.

Caracteriza a essência do cooperativismo médico e executa a atividade primordial do complexo: a colocação no mercado dos planos de saúde.

b) SISTEMA DAS COLIGADAS: integrado pela Sistema Nacional UNIMED Ltda. (SNU) entidade sem fins lucrativos, encarregada de prestar serviços administrativo e tecnológico às cooperativas, pelas Cooperativas de crédito (Unicred), embriões de um provável banco do Complexo UNIMED e pelas Cooperativas de Usuários (Usimeds). O Sistema das Coligadas tem por finalidade executar atividades complementares.

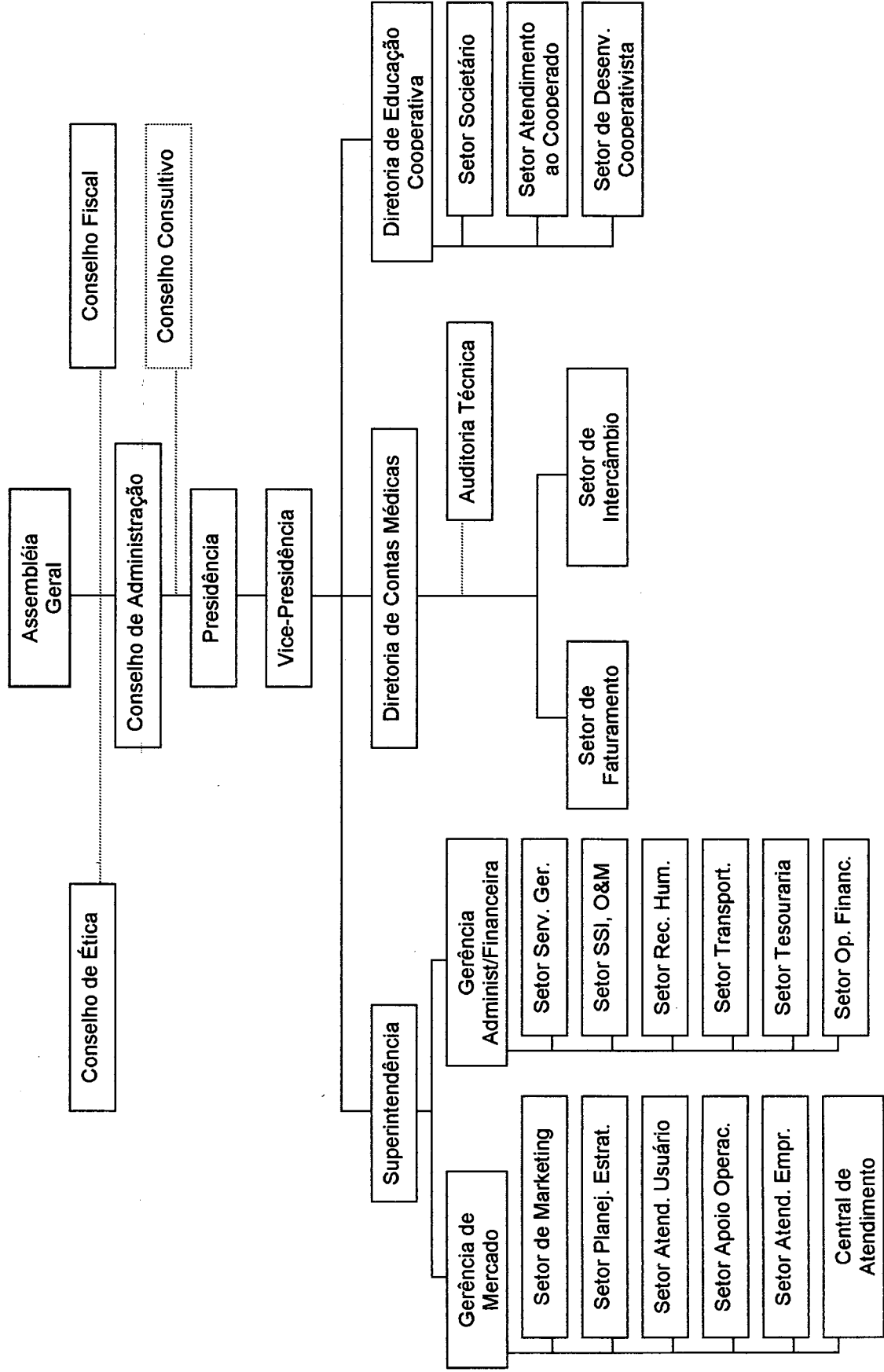
c) SISTEMA DAS CONTROLADAS: constituído por empresas sem fins lucrativos, que executam atividades-meios. Compõem o sistema, entre outras, a UNIMED Seguradora, UNIMED Participações, UNIMED Corretora, UNIMED Administração e Serviços, UNIMED Air.

A UNIMED-Florianópolis ainda participa da “ Câmara de Compensação”, fórmula encontrada para permitir a troca de serviços de assistência médica - entre os usuários das diversas UNIMEDs do Brasil.

A estrutura organizacional da UNIMED-Florianópolis é uma interrogação. Para alguns funcionários já houve organogramas que contemplavam, com certa clareza, os níveis hierárquicos da organização; outros continuam desconhecendo sua posição funcional dentro da cooperativa.

A Diretoria Executiva atual do Conselho de Administração vem estudando a implantação de uma estrutura organizacional moderna que traduza as atuais exigências de cooperantes e usuários (segundo modelo exposto).

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA COOPERATIVA UNIMED FLORIANÓPOLIS



Observando a estrutura organizacional da UNIMED – Florianópolis vê-se que o nível estratégico está representado pela Assembléia Geral e Conselho de Administração, com agregação do Conselho Fiscal e de Ética.

No nível tático, gerentes não médicos trabalham em ambiente de desinformação e estrutura administrativa pouco sólida.

Na base da pirâmide organizacional está o médico cooperante, representando o nível operacional e ungido legalmente para participar do nível estratégico.

Esta ponte peculiar entre o nível estratégico e o operacional pode neutralizar ou minimizar as ações administrativas do nível tático.

A estrutura básica de gestão da UNIMED-Florianópolis é formada pelo Conselho de Administração e sua Diretoria, Conselho Consultivo, Conselho Fiscal e Conselho de Ética Médica.

O Conselho de Administração está regulamentado pelos artigos numerados de 31 a 41 do Estatuto da UNIMED de Florianópolis (ANEXO II).

O Conselho Consultivo definido no Capítulo VII da UNIMED-Florianópolis, apesar de sua importância, absolutamente não funciona, não lhe cabendo assim qualquer parcela na gestão cooperativa.

O Conselho Fiscal tem seu balizamento estatutário dos artigos 44º ao 47º (ANEXO II).

O Conselho de Ética rege-se pelo “Dodecálogo do Bom Cooperado” e pelo artigo 43º do Estatuto da UNIMED-Florianópolis (ANEXO II).

Quanto à Assembléia Geral, ordinária ou extraordinária, apesar de teoricamente representar a essência da gestão democrática cooperativista, na prática,

pelas dificuldades em reunir os cooperantes, só fixa as metas fundamentais da cooperativa.

A UNIMED-Florianópolis, salvo nas Assembléias em que se realizam eleições, conta com uma participação média de 10% dos cooperantes. Entre outras causas deste baixo percentual está o “tamanho” da cooperativa. Há dificuldades nas cooperativas com número expressivo de cooperantes, em motivar a participação, assim como encontrar local propício à uma Assembléia.

Das 322 UNIMEDs distribuídas pelo Brasil até outubro de 1997 somente 19 possuíam mais de 1000 cooperantes e entre elas a UNIMED-Florianópolis.

Cabe ainda comparar a UNIMED-Florianópolis, em número de cooperantes, com as UNIMEDs de Joinville - a primeira do estado de Santa Catarina, com 418 cooperantes e a de Blumenau, com 362 cooperantes (dados fornecidos pela UNIMED do Brasil em 09-10-97).

Embora não haja um número de cooperantes considerado ideal, sem dúvida nas cooperativas de grande “tamanho” a gestão é mais difícil (LAIDLAW, 1981). O controle de custos do atendimento médico-assistencial requer do diretor de contas médicas maior disponibilidade de tempo para uma constante avaliação técnica, científica e econômica. Também instalam-se enormes dificuldades na área de educação cooperativa e no controle da infidelidade do cooperante.

CAPÍTULO 4

O PROCESSO DECISÓRIO COOPERATIVO.

4.1 – Considerações Gerais:

CARNEIRO (1978, p.222) em diagrama bem elaborado, contempla a integração harmônica que deve existir entre a Singular (Unimed), o Cooperante (médico) e o Usuário (pessoa física ou jurídica), em cooperativa de trabalho médico.

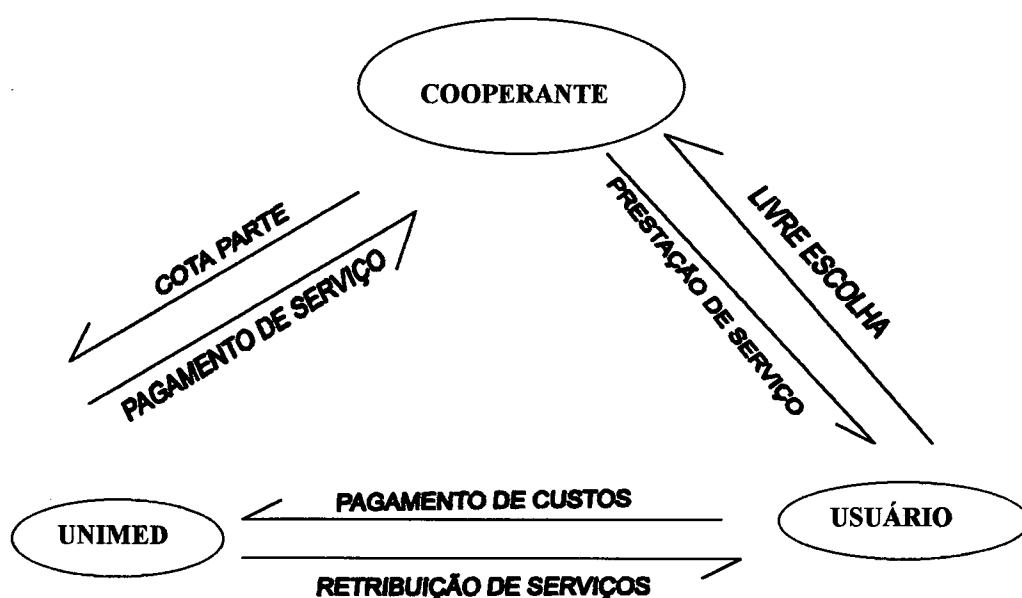


Figura 4.1 – Representação gráfica da integração cooperativa segundo Carneiro, 1978.

O diagrama também permite compreender as características empresariais da cooperativa, com contratos estabelecidos entre o usuário e a UNIMED e desta com o cooperante, embora em nenhuma circunstância haja intermediação do lucro, o que diferencia a cooperativa das demais empresas.

O quadro a seguir estabelece as diferenças fundamentais entre a sociedade cooperativa e sociedade mercantil, necessárias para compreensão e assimilação da proposta cooperativista (IRION, 1997).

CARACTERÍSTICA	EMPRESA DE CAPITAL	COOPERATIVA
1. Valor	Agressividade.	Solidariedade.
2. Princípio	Competição.	Cooperação.
3. Objetivo	Lucro como motor essencial.	Prestação de serviço sem objetivo de lucro.
4. Cultura	Consumista.	Conservacionista.
5. Iniciativa	Individual e/ou grupal sem fim social.	Individual e/ou grupal com fim social.
6. Decisões	Voto do capital (ações).	Voto das pessoas.
7. Concorrência	Lei suprema.	Superação da concorrência pela cooperação.
8. Comercialização	Com intermediação.	Superação da intermediação.
9. Vendas	A prestações.	À vista e a dinheiro.
10. Conquista do mercado	Pela publicidade e artifícios.	Eventualmente pela publicidade sem artifícios e pela qualidade dos produtos e seriedade nos negócios.
11. Operação de mercado entre a instituição e os sócios	Existe.	Não existe.
12. Função executada	Função negocial.	Função negocial com fins sociais.
13. Princípio da identidade ou da dupla qualidade	Não possui.	Possui.
14. Princípio do regionalismo ou da unidade	Em geral não existe, quando existe significa cartelização.	Existe em alguns segmentos.
15. Instrumento que formaliza e instituição	Contrato social.	Estatuto social.
16. Área de ação	Em geral não possui.	Sempre possui.
17. Divisão de classes	Mecanismo imprescindível.	Integração de todos.
18. Natureza do Quadro social	Pessoa física e/ou jurídica.	Pessoa física e só excepcionalmente pessoa jurídica.
19. Natureza do vínculo com sócio	Natureza societária.	Natureza institucional.
20. Método de produção	O capital arrenda o trabalho.	O trabalho arrenda o capital.
21. Propriedade dos meios de produção	Privado como direito absoluto.	Privado como meio social.
22. Unidade de capital	Ações ou quotas.	Quotas.
23. Capital como fator de produção	Fator principal.	Fator secundário. O fator principal é o sócio.
24. Função do capital	Capital é fim.	Capital é meio.
25. Subscrição do capital	Gera vinculação jurídica de natureza societária	Gera vinculação jurídica de natureza institucional devido a submissão a normas estatutárias previamente estabelecidas.
26. Ações e quotas	Transferíveis a Terceiros. Valor conforme o mercado (oferta/procura).	Intransferíveis a terceiros. Valor independente do mercado.
27. Tipo de resultado	Tangível: lucro que remunera o capital	Tangível: sobras que remuneram as operações. Intangíveis: serviços prestados ao quadro social.
28. Distribuição dos resultado	Distribuído conforme o capital	Distribuído conforme a operação de cada sócio.
29. Sujeição à falência	Sim.	Não.

Em resumo, pode-se citar três principais fatores que distinguem a sociedade cooperativa da capitalista, que são: a propriedade, a gestão e a distribuição dos resultados líquidos.

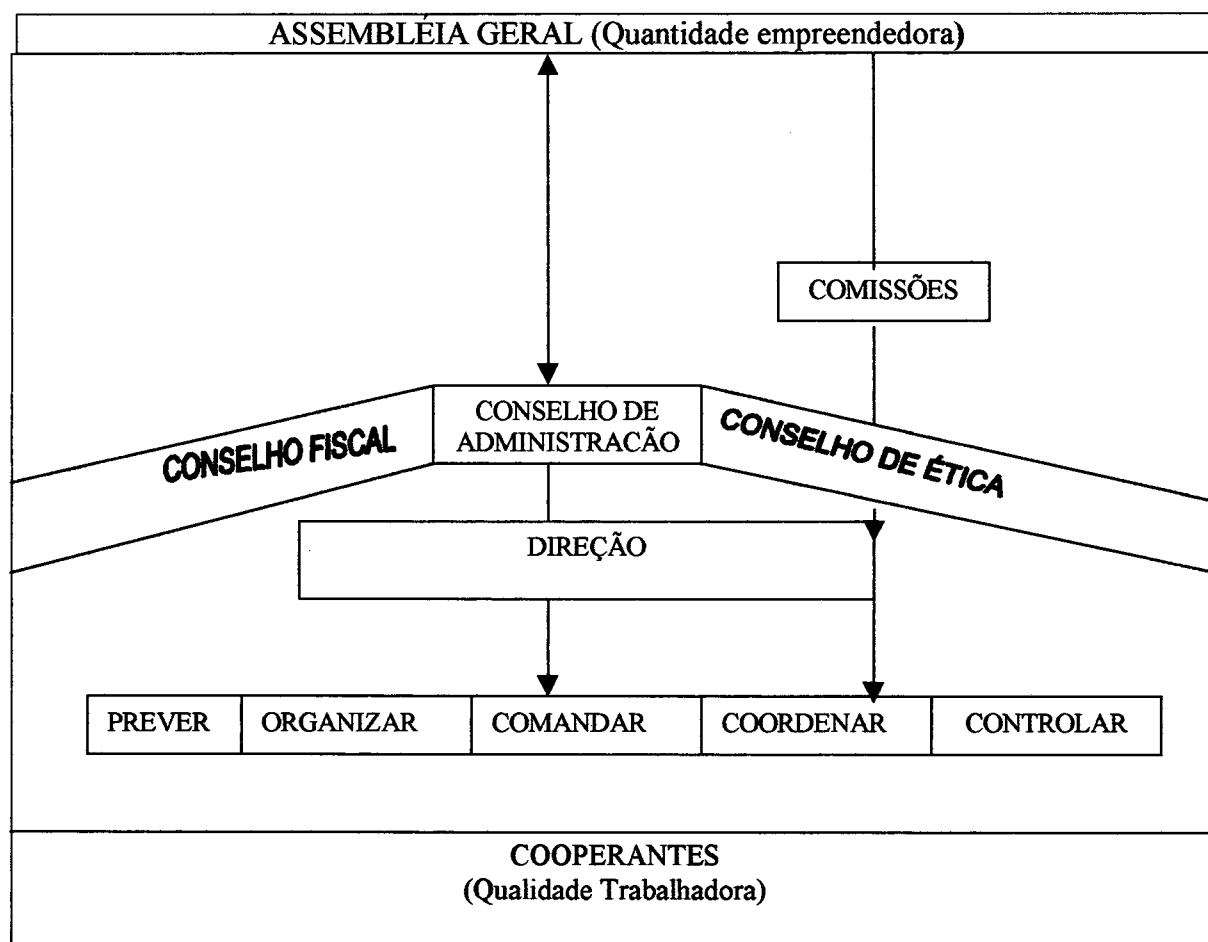
Ainda IRION (1997), muito bem comparando cooperativas e empresas, deixa claro que a opção econômica por uma não exclui a outra pois “as cooperativas são uma das opções de organização econômica que convive e mantém negócios com a outra opção, a empresarial, pois as empresas, ora são clientes, ora fornecedores das cooperativas”.

Para LAIDLAW (1981, p.65) a grande diferença entre empresas e cooperativa é a “subordinação das técnicas comerciais às idéias éticas”.

O cooperativismo médico reúne seus cooperantes para pagar o preço justo do trabalho, sem contudo explorar a contribuição do usuário. “O preço justo defendido pelo cooperativismo é aquele que possa ter finalidade social para o usuário e propósito econômico para o associado” (CARNEIRO, 1978, p.86).

Seja qual for o tipo de cooperativa a GESTÃO é sempre particularizada procurando atender o que Roberto Rodrigues citado por Pinho (PINHO, 1991, p.80), enunciou de forma simplificada mas com muita propriedade: “se a cooperativa ficar só da porta para dentro vira Igreja... e se ficar só da porta para fora é uma loja comercial e não cooperativa”.

No estudo da Análise Ergonômica da Gestão da cooperativa tomou-se por base o quadro da dupla qualidade do Bureau International du Travail - Gêneve (CARNEIRO 1978, p.103). E para melhor compreensão da gestão modificou-se o quadro acrescentando ao esquema “dois braços” que, correspondendo aos Conselhos de Ética e Fiscal, constroem uma grande ponte para encurtar distâncias e integrar os cooperantes à Assembléia Geral, fórum do exercício maior da gestão democrática cooperativa.



Assim, dentro da estrutura organizacional, o processo decisório cooperativo é estudado considerando-se a Assembléia Geral, o Conselho Fiscal, o Conselho de Administração, o Conselho de Ética e o Cooperante. Na Assembléia Geral, discute-se e delibera-se sobre os principais problemas e objetivos da cooperativa. Sob a máxima de “cada homem um voto” se exerce o poder democrático. Se a Assembléia Geral Ordinária reúne-se uma vez por ano, atendendo a Lei nº 5764/71, a Extraordinária procura solucionar situações muito importantes para a cooperativa que fogem das competências estatutárias dos conselhos; ela pode ser convocada, sempre que necessário, pelo Conselho de Administração ou Fiscal ou por requerimento dos cooperantes. As Assembléias, Ordinárias e Extraordinária, necessitam para ser instaladas de um “quórum” mínimo, em uma terceira e última convocação, de 10 cooperantes.

O Conselho de Administração da UNIMED de Florianópolis, é o órgão encarregado de comandar a cooperativa estabelecendo a política administrativa com metas, planos de trabalho, ordenando serviço, fixando taxas, contratando, deliberando sobre admissões, demissões, entre outras atribuições.

Existe a Diretoria Executiva com as funções de gerir o cotidiano cooperativo. Ao Conselho Fiscal é atribuído a grande função política de averiguar a existência de reclamações dos cooperantes.

O Conselho de Ética tem a árdua tarefa de separar deslizes administrativos dos éticos, sob a ótica cooperativista, e da ética médica.

A gestão alicerça-se na organização de trabalho, na informação, na comunicação e na decisão. A sistemática da tomada de decisão é fundamental para sobrevivência de uma organização. É ela que define sua modelagem nas diversas dificuldades, permitindo que se flexibilize, se expanda e se afaste da entropia.

4.2 - O Processo Decisório:

A tomada de decisão para MEGGINSON et al (1986, p.110) é compreendida “como a seleção consciente de um curso de ação dentre as alternativas disponíveis para obter um resultado desejado. Como tal é um modo de vida para os administradores”. Para MOTTA (1988, p.81) “a decisão é provocada unicamente pela detecção de um problema e que o processo decisório constituirá um fluxo de produção e análises de informações que, criteriosamente coletadas e analisadas, resultava em identificação e opção de alternativas para o alcance eficiente dos objetivos organizacionais”. Ambos MEGGINSON e MOTTA, reconhecem que a

decisão é um impulso fundamental para a organização e o processo decisório o instrumento para atingir seus objetivos.

Nas organizações as decisões acontecem a todo instante, em níveis diferentes de complexidade e importância, voltadas para situações atuais ou futuras.

O processo decisório deve ser visto como mola propulsora da organização, capaz de promover grandes saltos.

A tomada de decisão é o ponto central para a Análise Ergonômica da Gestão, pois a cada instante dentro de uma organização tomam-se decisões de complexidade e importância crescentes que terão reflexo sobre toda sua extensão.

O processo decisório deve retratar as metas da organização, impondo-lhe um ritmo ágil e adequado. Muito importante para tomada de decisão é dimensionar o ambiente da organização, aceitar sua influência e bem caracterizar as circunstâncias propícias à sua definição.

Na gestão cooperativa participativa o processo decisório foge das fronteiras de cargo e funções; a autoridade não é única mas sustentada por conselhos cooperativos isolados.

Se para uma Empresa os níveis hierárquicos - estratégico, tático e operacional têm limites bem definidos visando às decisões, na cooperativa de trabalho médico os níveis estratégico e operacional misturam-se na autogestão, levando a um processo decisório singular de muita criatividade, mas de pouca flexibilidade. Deve-se aqui também destacar as teorias de tomada de decisão que procuram explicar a gestão nas organizações.

Para RODRIGUES (1984) o processo decisório tem três abordagens básicas denominadas teoria I, II e III. A primeira compromete-se com a racionalidade econômica; a Teoria II valoriza os aspectos organizacionais e aceita os resultados da

decisão sempre como satisfatório pelas limitações da natureza humana. A Teoria III enfatiza os aspectos políticos da organização considerando-a uma entidade adaptada com objetivos múltiplos e competitivos. Esta última encontra substrato sólido na organização cooperativa de trabalho médico, por se distanciar da sociedade de mercado atendendo as manifestações internas e externas da cooperativa.

Na teoria III o principal elemento na abordagem é a dinâmica das interrelações sociais.

4.2.1 - Estilos Gerenciais:

As decisões tomadas refletem a soma de dois aspectos: o sistema administrativo e a postura individual dos líderes formais da empresa.

VROOM e YETTON citados STONER e FREEMAN (1995, p.355) isolaram 5 estilos de decisão que apresentam nuances diferentes.

O estilo chamado AI é o mais autoritário, com a tomada de decisões pelos administradores sozinhos, com as informações que dispõem no momento.

No AII ainda os administradores decidem sozinhos mas com informações obtidas em outros níveis.

O estilo CI permite a decisão dos problemas entre subordinados individualmente e administradores, sendo a decisão reflexo ou não da influência dos subordinados.

No estilo CII os problemas são discutidos entre o grupo de subordinados e os administradores, com a decisão refletindo ou não as influências do grupo.

No estilo GII a decisão dos problemas dá-se entre os administradores e grupos de subordinados, ficando a decisão como resultado do processo. Também os

líderes contribuem para a cadeia de decisões na organização. As lideranças são estudadas sobre várias teorias tais como: teorias de traços de personalidade; teorias sobre estilos de lideranças; teorias sobre contingências de lideranças. A primeira teoria tem por base as características pessoais do líder apresentando portanto muitas falhas.

Os estilos de lideranças foram expostos por CHIAVENATO (1987) através de quatro teorias:

- **Estilo de liderança autoritária, liberal e democrática:** o primeiro desconhece o grupo e define a tarefa individual. No liberal o líder pouco aparece, não interfere na divisão das tarefas e as decisões refletem as decisões individuais ou do grupo.
Líder democrático faz parte do grupo que divide as tarefas, participa das discussões e auxilia na busca das decisões.
- **Estilo de liderança “centrada na tarefa” x “centrada nos empregados:”** ainda conforme CHIAVENATO (1987), a liderança centrada na tarefa preocupa-se exclusivamente com o trabalho, com os métodos pré- fixados e com os recursos disponíveis. Já o centrado no empregado valoriza o homem, preocupa-se mais com as metas do que os métodos e procura ajudar os subordinados.
- **Estilo de liderança com “ênfase na produção” X “ênfase nas pessoas”:** esta abordagem desenvolvida por BLAKE e MOOTON citados por CHIAVENATO (1987) assemelha-se a anterior e combina a preocupação com pessoas e a produção.
- **Teoria 3-D da Eficácia:** a teoria tridimensional da eficácia elaborado por REDDIN segundo CHIAVENATO (1987) considera habilidades fundamentais para liderança a sensitividade situacional, a flexibilidade de estilo e a destreza da

gerência situacional, e como estilos básico de líder – dedicado, relacionado e integrado - fixados nas relações humanas e na execução das tarefas.

As abordagens mais modernas de liderança são as teorias contingenciais, onde não há um só estilo de liderança válida para todas as situações, mas que cada situação exige um perfil diferente de líder para atingir a eficácia.

Ainda dentro da teoria da contingência, FIELDER citado também por CHIAVENATO (1987), relaciona um líder voltado para as relações humanas e outro preocupado com a tarefa.

Os estilos gerenciais de tomada de decisão ainda podem ser classificados, segundo LIKERT (apud CHIAVENATO, 1987) em:

- **Sistema 1: *Autoritário Coercitivo*** - sistema rígido, fechado, forte, com processo decisório centralizado. A comunicação é inadequada e a verticalidade de modo descendente.
- **Sistema 2: *Autoritário Benevolente*** - é menos rígido que o anterior, havendo a comunicação ascendente e o relacionamento interpessoal.
- **Sistema 3: *Consultivo***- com comunicações verticais ascendentes e descendentes bem como horizontais cria-se uma informalidade organizacional. As decisões são submetidas à aprovação da cúpula.
- **Sistema 4: *Participativo*** - a comunicação é a mais ampla possível e as decisões refletem a participação dos vários extratos organizacionais, com equipes formando-se espontaneamente. As relações interpessoais baseiam-se na confiança, na participação e na responsabilidade conjunta.

4.2.2 - Tipos de Tomada de Decisão:

Segundo STONER e FREEMAN(1995) há dois tipos de decisão: **programadas e não programadas.**

As programadas correspondem a situações repetitivas, ficando a decisão por conta da organização, estando excluído o indivíduo.

As não-programadas tratam de problemas incomuns e atingem os níveis organizacionais mais superiores e complexos, tendo parcela importante no sucesso empresarial.

Segundo MOTTA, SIMON acreditava que no futuro as decisões não-programadas poderiam ser programadas pelo computador. “Porém, a complexidade, a volatilidade, habilidade e imprevisibilidade do ambiente externo às empresas têm ampliado o conjunto das decisões não-programadas” MOTTA (1978, p.82).

Deve se aceitar que os tipos de decisão vinculam-se diretamente com os níveis hierárquicos constituintes da organização, e desta forma, cada nível possui suas peculiaridades na abordagem do tipo de decisão. O nível estratégico é o mais elevado da empresa cabendo-lhe estabelecer objetivos, tomar as decisões globais e promover o planejamento político e estratégico. Interage fortemente com ambiente e seu desempenho tem relação direta com o crescimento da organização. Deve ser dinâmico, flexível e preparado para decisões não-programadas.

O nível intermediário ou tático articula o nível estratégico ao operacional. Funciona em oportunidades como amortecedor das pressões ambientais, sendo suas decisões tanto de rotina como não-programadas.

O nível operacional seria aquele localizado na periferia da organização, cujas tarefas são fortemente técnicas e as decisões de rotina. Deve-se assinalar

(CHIAVENATO, 1987) que não há limites precisos na separação destes três níveis enunciados.

Alguns autores, segundo MOTTA (1996) em exercício de futurologia preveem que as grandes organizações serão exercidas de forma colegiada, por especialistas capazes de tomar decisões complexas embasadas em múltiplos conhecimentos. Estas decisões não-programadas, seriam insuscetíveis de resoluções por computadores.

4.2.3 - O Ambiente Organizacional:

“As pesquisas mostram que o desenho organizacional depende da interface da organização com o ambiente e que uma organização adequadamente administrada adapta-se as restrições do ambiente...” (SANTOS et al., 1997).

De acordo com ROBBINS *apud* SANTOS et al. (1997) um ambiente dinâmico requer uma estrutura descentralizada e os ambientes menos estáveis, desenhos organizacionais mais flexíveis.

- Ambiente Externo

Segundo STONER e FREEMAN (1995) o ambiente externo de uma organização é aquele que interfere no seu funcionamento trazendo problemas, ameaças, restrições e oportunidades.

Para GIBSON et al (1989) as organizações não podem se isolar do ambiente externo que funciona como força capaz de influir nas decisões, principalmente das não-programadas.

Para CHIAVENATO (1987, p.47) “... as empresas não são sistemas fechados, obedientes as suas próprias mudanças em seus ambientes. Podemos chamá-las de sistemas porque elas tem limites (embora estes não estejam facilmente definidos) e

capacidade para auto perpetuação e crescimento. São “abertos” porque existem através do intercâmbio de matéria, energia e informação com o ambiente e sua transformação dentro de seus limites”.

O ambiente externo em íntima interface com a organização é o denominado ambiente de tarefa, constituído pelos consumidores, fornecedores, associações, sindicatos, entre outros. CHIAVENATO (1987) citando EMERY e TRIST descreve quatro tipos de ambiente:

- **Meio “Plácido e Randômico”** – É o ambiente mais simples sem praticamente níveis hierárquicos.
- **Meio “Plácido e Segmentado”** – É levemente complexo em relação ao anterior.
- **Meio “Perturbado e Reativo”** – É dinâmico onde há competição entre empresas com mesmos objetivos e idêntica disputa de mercado.
- **Meio de “Campos Turbulentos”** – Intensamente dinâmico e incerto. As empresas desenvolvem esforços para a pesquisa e desenvolvimento tecnológico para reduzir a instabilidade.

O ambiente externo pode ainda influenciar a organização e o processo decisório, com outros fatores tais como:

- **Político legais:** São balizadores do comportamento da organização, regulando-a e controlando-a através de legislação ou de princípios. As organizações são cercadas por leis que delimitam suas ações e exercem enorme influência sobre seu comportamento. Para o lado das variáveis políticas, segundo CHIAVENATO (1987, p.97) elas... “decorrem das políticas e critérios de decisão, adotadas pelo Governo a nível Federal, Estadual ou Municipal”. Desta forma as atividades podem ser afetadas pela política da saúde pública, educação e mesmo pela política fiscal e tributária.

- **Sócio-Culturais** – Os valores da sociedade devem, sem dúvida, permear a decisão dos administradores pois influenciarão na consecução dos objetivos e sistema de trabalho das organizações. Entre as variáveis sociais assinaladas por CHIAVENATO (1987) capazes de influir nas atividades das empresas temos:
 - Tradições culturais da comunidade onde está a empresa;
 - Atividades das pessoas frente ao trabalho e a profissão;
 - Atitudes quanto ao dinheiro e poupança;
 - Estruturas do orçamento familiar de despesas.

CHIAVENATO (1987) chama a atenção para a influência da empresa sobre o ambiente que atua. Por exemplo, uma empresa que usa sua força econômica, em uma pequena região para explorar os trabalhadores, trará reações adversas com ambiente de desconfiança capaz de prejudicar as instalações de novas empresas.

- **Ecológicos** - Há uma abordagem física e natural para discutir os fatores ecológicos relacionados com a organização e outra destacada por CHIAVENATO (1987) denominado “Ecologia Organizacional” com enfoque às relações interorganizacionais.
- **Ambiente Interno:**
 indivíduo é o centro dos modelos de sistemas abertos para a tomada de decisão. Ele está sempre sujeito a influências do meio e do seu próprio sistema de valores na hora de decidir frente a um problema.

Os aspectos comportamentais – como os valores, a personalidade, a propensão ao risco e a potencialidade de dissonância – aumentam sua importância à medida que se percebe sua influência sobre o tomador de decisões e a medida que se concentra neste maior atenção do que no processo ou na tática empregada para tomar as decisões.

- **Valores** - Na tomada de decisão os valores podem ser considerados como norma ou regras usadas por uma pessoa quando confrontada com uma situação de escolha. Eles são parte básica do pensamento de cada pessoa.

KAST e RESENWEIG (1976, p.462) citam uma boa definição de valor, a de KEUCKHOHN; “um valor constitui uma concepção explícita ou implícita, que distingue um indivíduo ou caracteriza um grupo, daquilo que se deseja, e que exerce influência sobre a escolha dos modos, meios e fins de ação disponíveis”. Ou que “o valor pode ser definido como aquele aspecto de motivação que se pode referir aos padrões, pessoais e culturais, que não se originem apenas de tensões imediatas ou de situações imediatas”.

- **Personalidades** - Pode-se estabelecer alguns pontos convergentes que relacionam a personalidade do administrador às decisões dentro da organização:
- as pessoas não são igualmente eficientes em todos os aspectos do processo da tomada de decisão;
- características diferentes, como inteligência, se associam às fases diferentes do processo;
- nos diferentes tipos de grupo a relação entre personalidade e processo decisório varia com base em fatores como sexo e “status” social.
- **Potencial de Dissonância** - Trata-se de abordagem das tensões presentes após o processo decisório. FERTINGER, citado por GIBSON et al. (1981) delinea o conflito entre a decisão e os conhecimentos do administrador quando estes são díspares daquela. A tensão é proporcionalmente maior quando a decisão reflete aspectos psicológicos e financeiros importantes.
- **Tomada de Decisão Grupal** - Um bom número de decisões, nas organizações, refletem as decisões de equipes, comitês, conselhos. Se de um lado o processo é

lento de outro tem a vantagem do somatório de forças, ausente na decisão individual. Apesar dos aspectos negativos neste tipo de decisão, da influência da personalidade dominante, da influência do “expert”, do “status”, parece que para as decisões não programadas o grupo contribui com o maior número de acertos.

- **Participação** - A participação dos membros da organização nas decisões é fundamental e quanto maior o nível de participação, menor será a centralização das decisões na organização. Nas situações de incerteza pouco rotineiras, as reuniões de grupos são “meio caminho andado” para as soluções dos problemas.

A participação é tão fundamental que para GUERREIRO RAMOS, analisado por PEDRO PAULO CARBONE (1991), se não houver participação ativa do ser humano o processo organizacional não se sustenta no tempo, caminhando para o descontentamento, a insatisfação, a ineficiência e a ineficácia.

- **Comunicação** - O processo decisório é totalmente dependente do sistema de comunicação cujo fluxo pode ser formal ou informal. O primeiro segue a hierarquia e as regras da empresa e o informal está desintonizado destes canais. E a maior parte das comunicações nas empresas, dá-se de modo informal.

Também há uma relação direta entre eficiência das comunicações e processo decisório. GUERREIRO RAMOS citado por CARBONE (1981, p.92) chama a atenção: “a estrutura das organizações pode provocar a revolução silenciosa dos subordinados, quando estes, em conflito com os dirigentes, distorcem, sonegam e ocultam informações, deliberadamente, uma vez que não se sentem identificados com a organização”.

4.2.4 - Grupos de Poder:

Poder e autoridade não tem o mesmo significado. Segundo CHIAVENATO (1987) o poder é um instrumento de influência e a autoridade um poder institucionalizado.

O processo decisório é uma grande negociação política, reflexo da quantidade de poder concentrado na organização.

Cada organização possui diversos grupos de interesses, internos e externos, e a tomada de decisão reflete uma negociação contínua desses interesses para manter e/ou reforçar o poder. Estes grupos formam-se em torno de determinados objetivos e interesses particulares. FRENCH e RAVEN citados por STONER e FREEMAN (1995, p.255) identificam cinco bases de poder:

- Poder coercitivo: baseado na capacidade de punir outrem;
- Poder de recompensa: baseado na capacidade de recompensar outrem;
- Poder legítimo: com base na autoridade formal;
- Poder de especialização: alicerçado no conhecimento diferenciado;
- Poder de referência: baseado no prestígio atribuído a alguém por pessoa por ele influenciado.

4.2.5 - A Racionalidade:

A teoria administrativa concentra suas preocupações na variação do comportamento social do homem entre o racional e o irracional. A racionalização está ligada aos meios, métodos, processos que a organização define como capazes de atingir os fins/resultados desejados.

O processo decisório seria mais eficiente na medida que a racionalidade fosse preponderante; porém decisões humanas nem sempre refletem o grau máximo de racionalidade.

Para GUERREIRO RAMOS (1983) existem dois tipos de racionalidade: a funcional e a substancial. Na funcional os atos e elementos são destinados ao cumprimento de um fim determinado; não se avalia a qualidade das ações, mas a sua maior ou menor eficácia de atingir o objetivo, independente do conteúdo da ação – meio. Neste tipo de racionalidade segundo MANHEIM (apud CHIAVENATO, 1987) se desconsidera os objetivos individuais e leva os participante da organização a assemelhar-se a engrenagens de uma máquina.

A racionalidade substantiva privilegia o ato em si, a razão e a capacidade intelectual considerando os impulsos, sentimentos, emoções, preconceitos bem como outros fatores que impedem a visão inteligente da realidade.

Por outro lado a teoria contemporânea do processo decisório procura mostrar a importância do uso da intuição, do senso comum e dos juízos das pessoas, dos instintos e percepções individuais na tomada de decisão.

CARBONE (1991) chama a atenção para a utilização indiscriminada da racionalidade funcional na organização como geradora de disfunções, entre elas o autoritarismo e insatisfação dos funcionários da empresa.

A racionalidade pode mostrar ainda outros aspectos, destacados por CHIAVENATO (1987) entre eles o político, identificado quando se busca influenciar politicamente alguns grupos de poder. Nem sempre são reconhecidos os conflitos políticos no processo decisório, e segundo MOTTA (1980) as organizações procuram fechar o debate político a partir de questões técnicas que na sua essência são políticas.

Ainda segundo CHIAVENATO (1987) dentro da racionalidade a tomada de decisão na organização, deve relacionar-se mais com a satisfação do que com a maximização dos resultados.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE ERGONÔMICA DA GESTÃO COOPERATIVA. (UNIMED-FLORIANÓPOLIS)

5.1 – Considerações Gerais:

Em que pese as dificuldades de uma intervenção ergonômica voltada para a organização do trabalho (SANTOS et al., 1997), a UNIMED-Florianópolis - com uma face ética-social e outra comercial - presta-se a este tipo de estudo. Ainda, segundo os mesmos autores, a decisão organizacional não cabe a Ergonomia, mas ela é capaz de contribuir na instrução da decisão à busca de melhores formas organizacionais.

A gestão da Cooperativa UNIMED-Florianópolis está centrada, sob a ótica da Análise Ergonômica do Trabalho, nas atividades expressas pelo ato médico executado para assistência ao usuário. A tarefa corresponde ao serviço médico pretendido, sempre autoprescrito pelo cooperante; a cooperativa põe-se como balizadora das atividades através de resoluções e atos normativos.

A demanda identifica-se na avaliação e no custo do trabalho médico, no custo global da assistência médica, na necessidade crescente de venda dos serviços médico-assistenciais aos usuários por preços acessíveis, na qualidade dos serviços prestados e na busca da satisfação do cooperante.

A gestão em cooperativa de trabalho médico tem importância pela magnitude tomada pelo cooperativismo médico como fórmula capaz de oferecer um atendimento ético à saúde e descompromissado com o lucro, assim como facilitar o ingresso no mercado de trabalho aos novos médicos.

A gestão deverá ser competente para conviver com planos e seguros de saúde mercantilistas e impor-se como melhor alternativa e parceira do setor público.

A Medicina supletiva é responsável pelo atendimento de mais de 35 milhões de brasileiros, tem uma receita anual (1996) de R\$10,3 bilhões e dispende com a assistência médica mais de R\$8,6 bilhões; dos 35 milhões de brasileiros, 43% estão conveniados a medicina de grupo, capitaneadas pela “Abramge” (Associação brasileira de medicina de grupo), 23% estão sob a tabela da “Ciefas” (Comite de integração de entidades fechadas de assistência a saúde) e “Abraspe” (Associação brasileira de seguros pessoais) e com igual percentual estão as cooperativas (UNIMEDs), sendo os restantes 11% abrangidos pelos seguros saúde representados pela “Fenaseg” (Federação nacional de empresas seguradoras) . (JAMB, 1997).

A gestão cooperativa da UNIMED-Florianópolis é do tipo autogestão. Porém, este exercício de organizar-se, determinar-se, tomar decisões só saiu da tutela do Estado a partir da Constituição Brasileira de 1988. O artigo 5º na alínea XVIII permitiu “a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independente de autorização, vedada a interferência estatal em seu funcionamento, (...)”

Tal exercício democrático é exaltado por VIRGÍLIO PÉRIUS, citado por CONTREIRAS (UNIMED do Brasil, 1992, v.3, p.29): “Assim a autogestão é inquestionável. Não se discute mais. O governo não pode mais controlar, fiscalizar, autorizar o funcionamento, interferir ou decretar a dissolução da Sociedade Cooperativa. A proibição é constitucional”.

A autogestão exercida com igualdade de condições nas tomadas de decisões opõe-se à heterogestão taylorista. A gestão democrática cooperativa se exerce pela relação “uma pessoa, um voto” (IRION, 1994) e é um continuado exercício na busca da mais adequada solução ao benefício do cooperante.

A gestão cooperativa acontece dentro de três bases: informação, comunicação e decisão.

1 - Informação: abrange os acontecimentos adquiridos necessários a autogestão. Tem como fontes muniadoras o saber sobre o cooperativismo, o saber sobre a medicina supletiva e sobre os custos dos serviços médico-assistenciais.

2 - Comunicação: A comunicação é fundamental para o relacionamento inter conselhos e destes com os cooperantes.

Na UNIMED-Florianópolis o conhecimento sobre cooperativismo, via de regra, é precário, atingindo os membros dos Conselhos e até a diretoria. Observa-se um distanciamento importante entre a Cooperativa e o Cooperante sendo um dos motivos, sem dúvida, o tamanho da cooperativa. Tal fato colabora para riscos à saúde da cooperativa de trabalho médico. Segundo as fases de LAIDLAW (1981) sobre evolução de uma cooperativa, a UNIMED-Florianópolis venceu a crise de credibilidade, não superou a crise de administração e entra na crise ideológica onde os princípios cooperativos perdem sua força e a participação democrática cai em valor.

A comunicação também é responsável pela sobrevivência da organização. Sua importância, em exemplo na área da saúde, pode ser aquilatada com o estudo de análise de 145 incidentes ocorridos em uma Unidade de Terapia Intensiva onde 34% foram devidos a erros de comunicação (RIBEIRO, 1995). Se no setor de suporte à vida como a UTI, perpetra-se tal percentual de erros, pode-se inferir que em uma organização a falta de comunicação ou a comunicação indevida necessariamente levará a entropia, pela distorção de trocas entre o ambiente interno e externo com ela.

Na UNIMED-Florianópolis a distância entre os Conselhos e de destes com os cooperantes é imensurável.

Os Conselhos funcionam compartimentalizados e o cooperante mantém-se a margem das decisões. A atitude do cooperante é desinteressada e alienada. BENATO, lembra que sócio convicto é participe e comprometido e vai além caracterizando o cooperante brasileiro: “o sócio brasileiro é imediatista, é sôfrego em buscar o resultado, é oportunista nos negócios, é antes de tudo, o indivíduo e não a sociedade. Enquanto a sociedade caminha lenta, gradual e sistematicamente visando a segurança do presente e enraizando bases sólidas para o futuro, o sócio percebe o presente e se aninha no passado” (BENATO, 1994, p.95).

Constata-se uma precariedade na troca de informações, determinando distorções ou incompreensões da comunicação chegada ao cooperante.

SCHULZ (1979, p.164) assinala que “alguém já disse que se pudéssemos resolver os problemas inerentes às comunicações estaríamos realmente resolvendo a maioria dos problemas, não apenas de uma organização, mas também do universo. Porém, é algo desconcertante observar que, à medida que melhoram as facilidades de comunicação, parece que conseguimos menos compreensão.”

3 - Decisão: STONER e FREEMAN [1995] conceituam decisão como um processo através do qual se escolhe um caminho como solução de uma problema específico. Entretanto, a decisão não deve ficar restrita à solução dos problemas, mas permitir-se buscar objetivos.

MOTTA (1996) vê o estudo sobre o processo decisório nas organizações de trabalho como uma grande ajuda aos dirigentes.

A UNIMED-Florianópolis é um sistema aberto e complexo, de um lado trabalhando com o usuário cioso em buscar e manter sua saúde e de outro o médico que, segundo GIOVANI BERLINGER citado por CARNEIRO (1981, p.303), “vive da doença, não da saúde, está co-interessado na morbidade e não na prevenção. Trabalha em constante conflito entre sua própria missão e seu interesse. A solução

de tal conflito não pode ser deixada para a consciência moral, a sã dedicação médica, a prioridade do interesse científico sobre o econômico....”

Na avaliação dos Conselhos quanto ao conteúdo e às características de decisões tomadas verifica-se que o Conselho de Administração, Fiscal e Ético compõem o nível estratégico, ficando o operacional por conta do cooperante. Entretanto, é raro a troca de opiniões entre eles. Fato interessante encontrado nas reuniões dos Conselhos é a participação ativa dos membros suplentes, inclusive com o exercício do voto. Também, na hierarquia organizacional o modelo gráfico que mais se adapta à Cooperativa é o exposto abaixo, bastante diferente dos convencionais mostrados por MOTTA (1996, p.93). Via de regra os Conselhos se reúnem mensalmente. Isto leva a decisões morosas e de pouca flexibilidade.

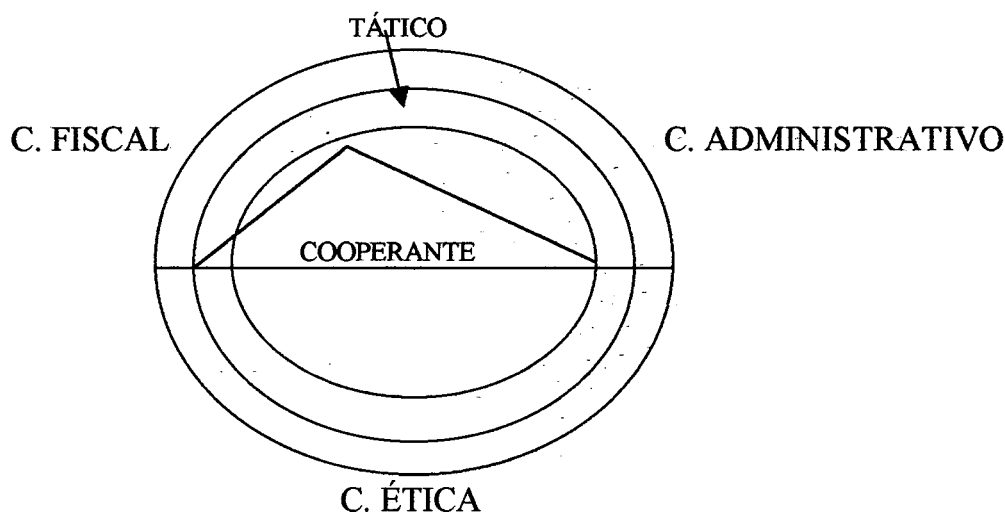


Figura 5.1 – Representação gráfica mais adequada da hierarquia organizacional de trabalho médico. O cooperante “espreme” o nível tático e tem interface ampla com o Conselho de Ética.

5.2 - Coleta de Dados:

A coleta de dados foi realizada seguindo-se três técnicas de pesquisa dentre as enumeradas por OLIVEIRA (1997):

- Pesquisa documental, realizada através de leitura das atas dos diversos Conselhos e verificação de presença dos cooperantes em assembléias gerais no período compreendido entre 1992 e 1997.
- Entrevista, dos médicos participantes dos vários Conselhos, dos membros da Diretoria Executiva e de cooperantes.
- Questionário, dirigido ao cooperante com objetivo de ampliar a amostra deste segmento.

5.3 - Estrutura do Processo Decisório:

Para SCHULZ (1979) são elementos importantes da estrutura decisória:

- clareza de objetivos, metas e prioridades;
- análise custo-benefício;
- avaliação dos resultados;
- comunicação aos envolvidos.

Para STONER e FREEMAN [1995] o processo básico de decisão racional envolve diagnóstico do problema, análise dos fatos, avaliação das soluções, escolha da solução e execução da decisão.

A estrutura do processo decisório cooperativo da UNIMED-Florianópolis é falha nos Conselhos, principalmente pelo desconhecimento de base teórica administrativa.

Observa-se na rotatividade das vagas dos Conselhos que alguns membros são eleitos ora para um ora para outro, sem contribuir contudo para maior solidez da estrutura decisória.

Foge deste contexto o Conselho de Ética, que exigindo maior formalidade, conhecimento e relação com o Conselho Regional de Medicina tem uma estrutura mais sólida, embora tão pouco flexível e ágil quanto os demais.

Também o tempo dispendido à Cooperativa - uma reunião mensal dos Conselhos e uma carga horária média de 15 horas semanais para membros da Diretoria Executiva - não permite avançar em decisões além das operacionais.

Buscando identidade com a Demanda - Tarefa-Atividades, a nível de gestão cooperativa, o Conselho Administrativo e sua Diretoria Executiva identificam-se com a demanda e como controladores da atividades.

As decisões relacionadas com a demanda pecam pela falta de vivência administrativa, bem como por temor ao nível tático, composto por funcionários administrativos, capazes de promover “canibalismo” tendo como vítimas os dirigentes médicos (nível estratégico).

O Conselho Fiscal participa também da demanda e tem decisões muito tímidas, praticamente “conferindo as contas”.

O Cooperante se identifica com a tarefa e executa a atividade mais importante da Cooperativa - o Serviço Médico-Assistencial. É o elemento fundamental da estrutura cooperativa. É o “poder” da Cooperativa não exercitado para a gestão dela.

Faltam-lhe os elementos de SCHULZ e a devida racionalidade proposta por STONER e FREEMAN para atingir um processo decisório adequado. As decisões do médico cooperante traduzem para o usuário a gestão da cooperativa e são reflexos de uma bagagem pouco consistente de conhecimentos quer no plano administrativo quer cooperativo.

5.4 - Estilos Gerenciais Encontrados:

Utilizou-se a escala de VROON e YETTON (apud STONER e FREEMAN 1995) que vai dos estilos autoritários (ΔI , ΔII), passa pelos consultivos (CI e CII) e chega na participação total (GII).

Cabe assinalar que se analisa o estilo dominante. Nas tomadas de decisão pelos Conselhos excepcionalmente participam subordinados, isto é, funcionários dos setores administrativos, ficando a discussão dos problemas entre os conselheiros cooperantes.

Foge substancialmente do estilo Gerencial GII dos Conselhos, a tomada de decisão do cooperante em relação a sua tarefa ou atividades, no “trabalho de campo”, isto é, em seu consultório, clínica ou hospital, frente a subordinados e ao usuário. Nestes casos o estilo é do tipo CI, tendendo para o autoritário benevolente segundo LIKERT (apud CHIAVENATO, 1987).

Este estilo gerencial do cooperante traduz o que DAVIS (1994, p.92) assinala “A postura médica, possivelmente por força de sua própria formação, era até pouco tempo atrás demasiadamente autoritária, prepotente, sendo hoje obrigada a passar por uma flexibilização, tornando seu relacionamento mais democrático.” E a mudança do estilo CI coercitivo para o benevolente deve-se entre outros fatos... que

o médico não mais controla realmente os serviços de saúde como nos tempos da prática solo da medicina...” (BELWICK, 1995, p.13).

Este estilo de cooperante é bastante prejudicial a Cooperativa pois há uma associação, pelo usuário, de identidade entre decisão da UNIMED com a do Médico Cooperante. Tal comportamento transporta-se às decisões técnicas ficando um deslize ou delito médico agregado como valor negativo da Cooperativa.

Estes aspectos aliados ao desinteresse pelo cooperativismo, embora participando dele, são bem expostos por FRANCISCO TOLEDO, (UNIMED do Brasil, 1992, v.1, p.165).

“O Médico não se vê como “dono” da Cooperativa. Por mais que você tente educá-lo, por mais que você tente ensiná-lo, ele não vê isso... Na realidade cuidando de algo “divino”, ele se coloca ao lado da divindade também.... Eu entendo que a UNIMED tem um grande problema que é o médico. Só! Não tem dois problemas.”

Este estilo descrito por TOLEDO tem no Cooperante da UNIMED-Florianópolis um clone.

Analisando a gestão da cooperativa UNIMED-Florianópolis dentro do ideal cooperativo, com aderência dos cooperantes aos Conselhos, ressalta um estilo gerencial consultivo CII, às expensas da importante participação política informal do cooperante, mais adequado que o “GII hermético” dos Conselhos.

Digno de nota é o aparecimento, em cada Conselho, com atribuições diferentes, de lideranças capazes de contaminar ou fortalecer o estilo participativo GII.

5.5 - Tipos de Decisão Encontradas:

A UNIMED-Florianópolis é uma organização cuja estabilidade atinge todos os Conselhos. As decisões são na maioria operacionais e programadas. Há uma má distribuição e definição das atividades decisórias, levando a uma “desorganização” decisória.

Há decisões típicas estatutárias dos Conselhos Fiscal e de Ética, cabendo ao Conselho de Administração a responsabilidade pela maior “desordem” na tipificação das decisões de nível estratégico, pelo gerenciamento só do dia a dia.

Corre por conta do Cooperante as decisões não programadas, isto é, as resultantes de uma estrutura ou segmento organizacional altamente instável inserido na atividade hospitalar.

A instabilidade comportamental pode ser bem compreendida com os exemplos relacionados por NOGUEIRA (1994, p.126):

“Um estudo mostrou que diante de uma descrição por escrito de um problema cirúrgico, metade de um grupo de médicos recomendam cirurgia e a outra metade, tratamento conservador. Dois anos depois do teste, 40% dos médicos haviam trocado suas opiniões, num sentido ou no outro”.

“O fato chocante é que muitas decisões realizadas pelos médicos parecem ser arbitrárias - altamente variáveis, sem qualquer explicação lógica”.

Finalmente, em ambiente com graus variáveis de incerteza, seria desejável que as decisões não-programadas fossem tomadas com qualificação sólida sobre o problema.

5.6 - Ação dos Ambientes Interno e Externo na Tomada de Decisão:

A UNIMED-Florianópolis, como qualquer organização, sofre influências e pressões do ambiente externo assim como dos movimentos dentro de sua estrutura.

O Conselho mais vulnerável em ambas situações é o Conselho de Administração, com sua diretoria executiva, e o menos sujeito a pressões o Conselho de Ética. Neste último a pequena dose de influência nas decisões corre por conta do corporativismo.

A Diretoria executiva e membros do Conselho de Administração praticamente só reconhecem como influência externa as empresas, associações que participam da medicina supletiva. Na verdade é o único agente para descaracterizar a UNIMED-Florianópolis de meio “plácido e segmentado” para meio levemente “perturbado e reativo”.

Mais uma vez nota-se a claudicação da organização deixando de tomar decisões seguras a nível estratégico que contemplem o avanço da cooperativa dentro do filão da medicina supletiva.

Embora negado pela Diretoria Executiva e membros do Conselho de Administração, a Associação Catarinense de Medicina (A.C.M.) é o braço social cooperativo, exercendo importante influência na cooperativa, pressionando-a principalmente quando grupos políticos divergentes comandam as instituições.

Fica bem dimensionada esta influencia pelo texto da ata do Conselho de Administração de 16/11/92 quando o conselho deliberativo da A.C.M. propôs tratar a UNIMED-Florianópolis como “medicina de grupo”.

Recentemente (novembro/97), na proposta do Conselho de Administração à Assembléia Geral extraordinária (com 405 cooperantes) para construção um hospital, a A.C.M. aliada ao Conselho Regional de Medicina sustou as pretensões

da Diretoria Executiva definindo a necessidade de aprofundar estudos para instalação de um hospital próprio da UNIMED-Florianópolis.

O Conselho Regional de Medicina exerce forte influência nas decisões do Conselho de Administração pela vigilância constante as resoluções da Diretoria Executiva da Cooperativa, principalmente no que tange as atividades do cooperante. Ainda, como influência externa, está o próprio Complexo Empresarial Cooperativo Unimed, auxiliando a tomada de decisão ou a orientando.

Também a inexistência de comunicação entre o Conselho Regional de Medicina e o Conselho de Ética Cooperativa causa estranheza, considerando que deslizes ético-cooperativos, pelas características da UNIMED-Florianópolis, com frequência se superpõem a deslizes da ética médica.

No ambiente interno, as pressões decorrem do cooperante pessoa jurídica – laboratórios de análises clínicas, clínicas radiológicas, clínicas médico-assistenciais – que procuram influenciar as decisões da Diretoria Executiva visando objetivos particulares em detrimento dos que cooperativos. Isto levou a UNIMED-Florianópolis a pagar determinados exames acima dos cobrados em clínica privada.

Mais uma vez a comunicação entre os Conselhos é falha, prejudicando com isto as decisões do Conselho de Administração. O Conselho Fiscal atem-se tão somente, em reuniões mensais, a verificação das “contas” da cooperativa, deixando de ser o grande elo entre cooperativa e cooperante. Das 50 atas estudadas somente a de 27/02/97, pela primeira vez, mostra um desempenho mais abrangente e responsável com o cooperante.

A participação do cooperante nas decisões cooperativas é a grande ausência no ambiente interno. A participação pouco expressiva nas Assembléias Gerais, em média 10%, não traduz na realidade o desinteresse de 90%, mas as dificuldades em

encontrar um “forum” de decisão diferente da Assembléia Geral, via de regra constituída uma vez por ano.

Este “forum” permitiria o fortalecimento dos cooperantes pessoas físicas como grupo de poder capaz de equilibrar o grupo de poder representado pelos “cooperantes pessoas jurídicas”. Segundo as bases de poder identificadas por FRENCH e RAVEN (apud STONER e FREEMAN, 1995) ambos os grupos se enquadrariam no “Poder de especialização” e “Poder de referência”.

5.7 – A Racionalidade Predominante:

O processo decisório seria mais eficiente a medida que a racionalidade fosse destacada. Porém, nem sempre os indivíduos, por diversos fatores, conseguem colocá-la como mola mestra da decisão.

Interesses diversos dentro e fora da organização podem contaminar decisões que prejudicam a ação racional.

O grau de racionalidade é influenciado pelo nível de informação, avaliação do leque de soluções e pela influência do ambiente interno e externo.

Para os dirigentes a racionalidade administrativa no meio organizacional leva a ação calculada para atingir os fins, identificando os meios mais eficientes e eficazes (MOTTA, 1996).

Ainda o mesmo autor cita THOMAS PETERS e ROBERT WATERMAN que valorizam a intuição e discutem a impossibilidade da ação da racionalidade total no processo decisório.

As decisões dos Conselhos são substantivas, procurando valorizar tanto o cooperante quanto o usuário e fugir de um processo decisórios racional ortodoxo. Tem uma base fortemente intuitiva.

Em oportunidades os Conselhos não decidem, seja por falta de planejamento, sistema de informação precário, ausência de avaliação no processo decisório ou por fortes pressões internas ou externas. Exemplo de pressão externa houve com a manifestação do Conselho Regional de Medicina posicionando-se como não ético o pagamento da consulta médica abaixo do preço estipulado em tabela da Associação Médica Brasileira.

Cabe também mencionar a racionalidade política, que segundo PETTIGREW, citado por MOTTA (1996) recheia o processo decisório organizacional – com interesses, acomodação de conflitos e lutas de poder – sendo encontrada em todos os Conselhos, embora de forma mais intensa e evidente no Conselho de Administração.

A força política interna está presente com os interesses médico-empresariais traduzidos pela pessoa jurídica do cooperante que alterna sua presença nos Conselhos de Administração e Fiscal para bem defender possivelmente os interesses econômicos de sua empresa.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

A análise do processo decisório dos Conselhos permitiu uma visão de gestão de uma cooperativa de trabalho médico. Como denominador comum das decisões está a falta de conhecimentos básicos sobre a doutrina cooperativista em praticamente todos os níveis.

Também há evidências claras de reduzido profissionalismo gerencial, mais nítido no Conselho de Administração e sua Diretoria Executiva. Falta planejamento estratégico e as decisões tem forte componente intuitivo.

A participação do cooperante no processo decisório dos Conselhos é nula, descaracterizando a gestão como democrática participativa, pondo em risco sua vitalidade, pois mesmo que não possa ocorrer a falência, é possível a redução progressiva do pagamento do trabalho médico à níveis assemelhados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A “quebra” de credibilidade de uma singular de grande porte como a UNIMED –Florianópolis pode, por “efeito dominó”, comprometer o Complexo Empresarial UNIMED.

A UNIMED-Florianópolis está tendo seus custos assistenciais aumentados progressivamente pelo uso de tecnologia sofisticada, impossível de ser recusada quer ao cooperante quer ao usuário. Na diretoria de Contas Médicas as decisões são do tipo não-programadas gerando críticas severas de cooperantes e de instituições de saúde. Neste nível gerencial observa-se a pretensão de empresas médicas, cooperantes jurídicas, de influir nas decisões. Falta planejamento estratégico.

Salutar para a UNIMED-Florianópolis é a interação com a Associação Catarinense de Medicina e o Conselho Regional de Medicina que contribuem para uma forte racionalidade política formal. A não menos forte é a informal acontecendo diariamente nas conversas , nos hospitais e até mesmo em ambientes de lazer.

Finalmente o “feed back” das decisões tomadas pelos Conselhos inexistem, causando sérios prejuízos administrativos e desgaste político da imagem cooperativa que para o cooperante se esgota na Diretoria Executiva.

Do exposto vê-se como pertinente para melhorar a gestão:

- a) fortalecer o Conselho de Ética e torná-lo a grande ponte entre o cooperante e o Conselho de Administração. Pelo menos dois vogais efetivos deveriam ter experiência prévia (sido Conselheiro) no Conselho Regional de Medicina.
- b) motivar intensamente o cooperante para programas educativos científico-cooperativos.
- c) implantar comissões técnicas de moderação das especialidades, trazendo o cooperante para perto da cooperativa e promover um controle mais adequado da qualidade dos serviços prestados.
- d) controlar rigorosamente custos e qualidade dos serviços prestados pela Direção de Contas Médicas instalando programas de pagamento global por tipo de doença e não por gastos discriminados, nem sempre efetuados.
- e) promover um “acreditamento de hospitais” isto é, qualificar só aqueles de maior complexidade para realizar atendimentos que demandem alta e cara tecnologia.

CAPÍTULO 7

PERSPECTIVAS

No presente estudo desponta a importância da intervenção ergonômica na estrutura cooperativa, seja a nível de uma singular, de federação ou confederação. Também ao abordar um segmento do cooperativismo – as cooperativas de trabalho – acena com uma solução ética e viável para o grave problema nos países industrializados e que bate a porta do Brasil, o desemprego.

Na área de serviços médico-assistenciais, as cooperativas de trabalho médico vem oferecendo planos de saúde socialmente adequados, onde se beneficia o paciente (usuário) por atendimento qualificado, de sua livre escolha e o médico por honorários justos, tradução do preço que a sociedade pode pagar.

A dissertação aponta ainda para possíveis estudos futuros tais como:

- a) A transferência do modelo UNIMED-Brasil para países ávidos em encontrar um caminho adequado para atendimento à saúde. Nos EEUU os investimentos atingem 1 bilhão de dólares com resultados duvidosos em algumas áreas; na Rússia o estado não suporta mais os custos com a saúde, mesmo pagando 180 dólares mensais pelo trabalho do médico; na Colômbia foi recentemente implantada uma cooperativa de trabalho médico – a UNIMEC – com o apoio da UNIMED do Brasil, contando já com 2,5 mil cooperados cobrindo 400 municípios (Fundação CEU- Unimed, 1997).
- b) Estudos de gestão de uma para outra singular pois segundo WISNER (1994, p.150) a transferência de tecnologia não se limita a relações internacionais e que em um mesmo país, pode ocorrer organizações diferentes para a mesma tecnologia.

- c) A dissecação ergonômica do fenômeno UNIMED como novo paradigma médico-assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARES, José Luiz. La doctrina en general y sus referencias al cooperativismo sanitario. In Sanidad y Cooperativismo. Zaragoza: Cenec, 1983. p.105-130.
- ALCÂNTARA, Hermes. Deontologia e diceologia. São Paulo: Andrei, 1979.
- BERWICK, D. et al. Melhorando a qualidade dos serviços médicos hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron, 1995.
- BLANCO, Joaquim M. El cooperativismo, algunas experiencias sanitarias. In Sanidad y Cooperativismo. Zaragoza: Cenec, 1983. p.27-39.
- BENATO, João Vitorino. O ABC do cooperativismo. São Paulo: ICA, 1994.
- CARBONE, Pedro P. Fenômenos ligados ao autoritarismo organizacional: a visão crítica de Guerreiro Ramos sobre organização autocrática. Rev. Adm. Publ., Rio de Janeiro. Jul-set/1991. p.84-100.
- CARNEIRO, Palmyos Paixão. Co-operativismo. B. Horizonte: Fundec, 1981.
- _____. Cooperativismo médico. B. Horizonte: Ed. Jupiter, 1978.
- CASTILHO, Edmundo. Razões do tempo. S.Paulo: Ed. Azulsol, 1997.
- CHIAVENATO, I. Administração de empresas: uma abordagem contingencial. S.Paulo: McGraw-Hill, 1987.
- DAVIS, Frank. Qualidade total em saúde. São Paulo: Ed. STS, 1994.

- DALPASQUALE, Dejandir. As cooperativas no novo século. Diário Catarinense, Florianópolis, 5 julh. 1997. p.2.
- FRANÇA, Genival Veloso. Direito médico. 6.ed., São Paulo: Atlas, 1994.
- FERNANDES, Alex. Dia internacional do cooperativismo. Diário Catarinense, Florianópolis, 5 jul. 1997. p.8.
- FELÍCIO, Antônio Alberto. Fundamentos do cooperativismo. Ribeirão Preto: Unimed, 1993.
- FUNDAÇÃO CENTRO DE ESTUDOS UNIMED. A saúde no terceiro milênio. São Paulo: Gráfica Fundação CEU, 1997. p.2-13.
- GIBSON, J.L. Organizações: comportamento, estrutura e processo. São Paulo: Atlas, 1981.
- HARTUNG, Alcyr P. O cooperativismo ao alcance de todos. 2.ed., Florianópolis: OCESC, 1996.
- IRION, João Eduardo O. Cooperativismo médico. Santa Maria: Grafos. [s.d.].
- _____. Fale como dono. São Paulo: Cartaz Editorial, 1994.
- _____. Co-operativismo e economia social. São Paulo: STS public, 1997.
- IIDA, Itiro. Ergonomia. Projeto e produção. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 1992.
- JUCIUS, Michel et SCHLENDER, William. Introdução a administração. 3.ed., São Paulo: Atlas, 1986.

- JAMB.(Jornal da Associação Médica Brasileira) São Paulo. Rx da Medicina Supletivo. Jun. 1997. p.9.
- KAST & ROSENZWEIG. Organização e administração: um enfoque sistêmico. São Paulo: Pioneiro, 1976.
- LAIDLAW, Alexandre. Las cooperativas en el año 2.000. Buenos Aires: Intercoop., 1981.
- LACROIX, Jean. La opción cooperativa. Buenos Aires: Intercop., 1981.
- LAMBEA, Amancio. El cooperativismo sanitario en España. In Sanidad y cooperativismo. Zaragoza: Cenec, 1983.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. Metodologia científica. 2.ed., São Paulo: Atlas, 1993.
- LIMA, Darcy A. Esculápio, Deus Grego da Medicina. Arq. Cat. Med. v.10, n.1, p.55-57, 1981.
- MEDICI, André C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médico no Brasil na década de 70. Rev. Adm. Publ. Rio de Janeiro. 19(2), 1985, p.31-37.
- MOTTA, Fernando C.; PEREIRA, Luiz C. Bresser. Introdução a organização burocrática. 6.ed., São Paulo: Brasiliense, 1988.
- MOTTA, Paulo Roberto. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 7.ed., Rio de Janeiro: Record, 1996.
- MONTMOULIN, Maurice. A Ergonomia. Lisboa: Graf. Barbosa e Filhos, 1990.

- NOGUEIRA, Roberto Passos. Origenes de las corporaciones médicas en la antigüedad. Rosário, Argentina. Cuadernos Médico Sociales, n.52, p.37-45, 1990.

- _____. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

- OLIVEIRA, Sílvio Luiz. Tratado de metodologia científica. São Paulo: Ed. Pioneira, 1997.

- PINHO, Diva Benevides. As grandes coordenadas da memória do cooperativismo do Brasil. Brasília: OCB – Coopercultura, 1991, v.I.

- _____. As grandes coordenadas da memória do cooperativismo do Brasil. Brasília: OCB – Coopercultura, 1991, v.II.

- RAMOS, A.G. Administração e contexto brasileiro. 2.ed., Rio de Janeiro: Fund. Getúlio Vargas, 1983.

- RODRIGUES, Suzano Braga. Processo decisório em universidade: teoria III. B. Horizonte, 1984. Dissertação (Mestrado) U.F.M.G.

- RIBEIRO, Lizete C. Segurança no ambiente hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

- REZENDE, Ubiratan S. O fim da era industrial. O fim do emprego? In: Instituto Brasil Século XXI, Brasília, 1996.

- RUDIO, Franz V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 15.ed., Petrópolis: Vozes, 1990.

- ROSEMBUJ, Tulio. La cooperativa y la crisis. In: “Jornadas de Sanidad y Cooperativismo”. Madrid. Gabinete de Estudios y Promocion del Cooperativismo, 1983. p.33-48.

- STONER, James et FREEMAN, Eduard. Administração. 5.ed., Rio de Janeiro: Ed. Prentice-Hall do Brasil Ltda. [1995].
- SCHULZ, R.; JOHNSON, A. Administração de hospitais. São Paulo: Pioneira, 1979.
- SANTOS, Neri; FIALHO, Francisco. Manual de análise ergonômica do trabalho. Curitiba: Genesis, 1995.
- SANTOS, Neri et al. Antropotecnologia. Curitiba: Genesis, 1997
- UNIMED DO BRASIL. Cooperativismo médico: a história e o êxito de um ideal. São Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.I.
- _____. Cooperativismo médico: o sistema e suas singulares. São Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.II.
- _____. Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio. Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.III.
- _____. 30 anos. São Paulo: Cartaz Editorial. 1997.
- VOLPI, Sylvia. Ergonomia na vida do homem. CIPA, n.189, 1995. p.32.
- WEERDMEESTER, J. DVL. Ergonomia Prática. São Paulo: Ed. Edgard Blucher Ltda., 1995.
- WISNER, Alain. A Inteligência no Trabalho. São Paulo: Fundacento, 1994.

ANEXOS

ANEXO I

CÓDIGO DE ÉTICA COOPERATIVA DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS (DODECÁLOGO DO BOM COOPERADO)

Condições laborativas básicas para atuação dos médicos como sócios-cooperados visando assegurar sua permanência no quadro social da empresa (ART. 7º -b). Aprovado em Sessão Extraordinária do Conselho de Administração em 15 de junho de 1992.

São deveres do cooperado:

1º - A disponibilidade de agendamento de consultas-Unimed, deve ser compatível com as destinadas às demais consultas, não devendo ser inferior a 30% do total (ART. 7 inc. 1).

2º - NÃO DEVE OPOR DIFICULDADES aos pacientes usuários para a marcação de consultas. Ex. : determinar marcação de consultas apenas em um só dia do mês para preenchimento dos horários. As consultas poderão, portanto, ser marcadas por telefone, em qualquer dia e horário, não devendo, entretanto, serem marcadas com mais de 30 dias de antecedência. (ART. 2º § ao 8º); (ART. 7º inc. b,c,d e f).

3º - OBEDIÊNCIA irrestrita aos contratos firmados pela SUA empresa Cooperativa no que diz respeito principalmente a valores, não podendo em hipótese alguma cobrar complementação de honorários sem a concordância prévia da Unimed, conforme termo de acerto/autorização, assinado pelo profissional, pelo usuário e devidamente registrado na cooperativa. (ART. 7º inc. c).

4º - ATENDER, sem selecionar ou discriminar, os usuários de TODAS as formas de contratos firmados em seu nome e com sua autorização, pela sua empresa cooperativa Unimed (ART.2 §1º ao 4º).

Obs: Em toda e qualquer circunstância, será sempre levado em conta, como ponto favorável ao cooperado, o fato de o mesmo não restringir horários, bem como marcar hora para consultas por telefone.

5º- O COOPERADO NÃO DEVE FAZER COMENTÁRIOS desfavoráveis a SUA empresa cooperativa junto aos pacientes-usuários, seja por si mesmo ou através de sua secretária no consultório. Deverá, outrossim, encaminhar sempre suas dúvidas, objeções, descontentamentos ou queixas relativas a qualquer questão com SUA UNIMED, ao superintendente da cooperativa em primeiro lugar e, em seguida, caso seja necessário, à Diretoria Executiva, ao Conselho de Administração e, em último recurso, à Assembléia Geral Ordinária, anualmente realizada em março (ART. 7º inc. g).

6º- DEVERÁ o cooperado se ater estritamente aos procedimentos listados na Tabela de Honorários da A.M.B., não lhe sendo facultado usar conscientemente códigos pertencentes à mesma para justificar gastos hospitalares. Assim, quando realizar procedimentos não cobertos pela Tabela e/ou não constantes nos contratos com as empresas a que pertence o usuário, não poderá usar deste expediente para possibilitar a realização dos procedimentos visando "aliviar" pacientes das despesas médico-hospitalar, enquanto lhe é cobrado pagamento de honorários diretamente como complementação (ART. 7º inc. b, c, d, f, g).

Obs.: A cooperativa se reserva o direito de criar eventualmente códigos suplementares à Tabela da A.M.B., quando necessário e se compatíveis com a inevitável integração cooperativista com as demais singulares do Sistema Nacional

de Saúde Unimed. Visam atender casos que se enquadrem nestas circunstâncias e serão considerados sempre que os cooperados procurarem a Diretoria Executiva para tal fim, mediante fundamentada exposição de motivos.

7º - O COOPERADO NAO DEVE ATENDER a terceiros mediante extração de guia em nome de usuários que lhe solicitem tal expediente (ART. 7º inc. b, c, d, f e g); (ART. 11º inc. a e d).

8º - NÃO DEVE ABUSAR na extração de guias de consultas, exames complementares, etc, para não onerar a cooperativa nos planos de contratos firmados em pré-pagamento, nem sobrecarregar o usuário com o ressarcimento à sua empresa pelos serviços que, sendo cobrados, não tinham clara indicação técnica de sua real necessidade, ou mesmo, eventualmente, nem tenham sido efetivamente realizados.

Obs.: Este Artigo visa salvaguardar, em primeiro lugar, o patrimônio financeiro de SUA empresa cooperativa UNIMED; em segundo lugar, a preservação de seu patrimônio moral e credibilidade frente aos usuários e suas empresas, convenientes com a cooperativa. E, em última análise, o resguardo da imagem da Unimed face a Opinião Pública (ART. 7º inc. g), (ART. 11º inc. a e b).

9º - NÃO PODERÁ, a não ser em caráter de "cliente particular", atender a paciente originários de empresas, mercantilistas, atuantes na área de assistência médica/hospitalar, tais como as de medicina de grupo e de seguro-saúde ligadas ao sistema financeiro, concorrentes, ambas, de SUA EMPRESA COOPERATIVA DE TRABALHO, que não tem fins lucrativos, e de todo o Sistema Nacional Unimed (ART. 7º inc. e).

10º - ACATAR AS NORMAS REGIMENTAIS de procedimentos de cada especialidade, porventura existentes e elaboradas pela Diretoria Técnica em concordância com os especialistas cooperados. (ART. 7º inc. f).

11º - LER REGULARMENTE as correspondências enviadas pela cooperativa, bem como os boletins informativos, mantendo-se permanentemente ao par da vida associativa de SUA EMPRESA e participando o mais possível das atividades da mesma, garantindo, como mínimo, sua presença nas Assembléias Gerais. (ART. 6º inc. a, b e seguintes).

12º- O cooperado está obrigado a manter seu cadastro permanentemente atualizado na UNIMED. Com esta finalidade, deve comunicar toda e qualquer alteração que se faça necessário, no mesmo, para que a cooperativa disponha de dados sempre atualizados sobre as disponibilidades do associado, endereço, titulação, etc ...(ART. 7º inc. b e d).

ANEXO II

ESTATUTO DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. aprovado em Assembléia Geral Extraordinária, realizada em 22 de novembro de 1995.

I - DENOMINAÇÃO - SEDE - FORO - ÁREA - PRAZO E ANO SOCIAL.

Art.1º - A UNIMED DE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. rege-se pelo presente Estatuto e pelas disposições vigora, tendo legais em:

a) Sede e Administração em Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

b) Foro Jurídico na Comarca de Florianópolis.

c) Área de ação, para efeito de admissão de cooperantes, circunscrita aos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, Angelina, Rancho Queimado, São Bonifácio, Anitápolis, Alfredo Wagner, Paulo Lopes, Garopaba, Biguaçu, Antônio Carlos, Governador Celso Ramos, Tijucas, Canelinha, São João Batista, Nova Trento, Major Gercino, além de outros municípios circunvizinhos a estes e que venham eventualmente no futuro a ser anexados à área de ação da cooperativa, obedecendo às normas legais.

d) Prazo de duração indeterminado e ano social coincidindo com o ano civil.

II – OBJETIVOS

A.rt. 2º - A Cooperativa terá por objetivo a congregação dos integrantes da profissão médica, para a sua defesa econômica social, concedendo-lhes condições para o exercício de sua atividade e aprimoramento do serviço de assistência médico-hospitalar.

§ 1º - No cumprimento de suas finalidades, a Cooperativa poderá assinar, em nome dos seus cooperantes, contratos para a execução de serviços com pessoas jurídicas de direito público ou privado, convencionado a concessão de assistência médico-hospitalar aos seus empregados e dependentes.

§ 2º- Poderá, também em nome de seus cooperantes, assinar contratos com pessoas físicas, instituindo planos de assistência familiar ou pessoal.

§3º-Nos contratos celebrados, a Cooperativa representará os cooperantes coletivamente, agindo como seu mandatário.

§4º-Os cooperantes executarão os serviços que lhes forem concedidos pela Cooperativa, nos seus estabelecimentos de trabalho, observado o princípio da livre oportunidade para todos os cooperantes, além da observância estrita dos Códigos de Ética Médica e Cooperativista em vigor nesta singular.

§5º-A Cooperativa promoverá a assistência aos cooperantes, seus dependentes e funcionários, de acordo com a disponibilidade e possibilidade técnica conforme as normas que forem estabelecidas neste Estatuto.

§6º- Promoverá, ainda, a educação cooperativista e participará de campanhas de expansão do cooperativismo e de modernização de suas técnicas,

§7º- A Cooperativa poderá, em nome de seus cooperantes e em salvaguarda da integralidade dos serviços médicos hospitalares que prestará a seus usuários, promover convênios com pessoas físicas não médicas e/ou jurídicas para prestação de serviços médico-hospitalar, laboratorial e de diagnose em geral. considerados pela diretoria como importantes auxiliares ou mesmo indispensáveis à plena realização de seus fins.

§ 8º - Nos convênios de que trata o parágrafo anterior, a critério da diretoria, poderá ser descontado um percentual da produção das pessoas físicas ou jurídicas não cooperadas de no mínimo 5% (cinco por cento) a título de taxa administrativa.

III - COOPERANTES:

Art. 3º- Poderão cooperar-se, segundo as condições técnicas de prestação de serviço por parte da Cooperativa, todos os médicos e, excepcionalmente, pessoas jurídicas que sejam, exclusivamente, de propriedade de médicos cooperantes, com atividade especificamente ligada à área médico-hospitalar, todos devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina e na Associação Catarinense de Medicina que, tendo livre disposição de sua pessoa e bens, concordem com o presente Estatuto e exerçam sua atividade dentro da área de ação da Cooperativa, fixada no artigo 1º, letra c.

§ 1º - O candidato à cooperação deverá apresentar à Cooperativa:

I - Requerimento onde conste, além da solicitação de cooperação, manifestação de livre disponibilidade de seus bens; concordância plena com os termos do Estatuto Social; declaração de inexistência de atividade colidente com a exercida pela Cooperativa; Declaração de concordância com o código de ética cooperativista; cartas de apresentação de 2 (dois) cooperantes ativos há mais de 05 (cinco) anos e sem antecedentes desabonadores de suas condutas como sócios cooperantes;

II - Prova de inscrição, enquanto profissional autônomo junto ao município de seu domicílio profissional, comprovando a qualidade de contribuinte do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISQN) e como segurado autônomo perante a Previdência Social Oficial, bem como o compromisso formal de comprovar tais dados na periodicidade e do modo que o Conselho de Administração da Cooperativa determinar;

III - Condições de prestação de serviços na qualidade de profissional liberal e autônomo, num dos municípios que integram a área de ação da Cooperativa.

IV - Compromisso formal, em documento individualizado e assinado pelo declarante, de não ser proprietário, associado, credenciado ou prestador de serviços de pessoa física ou jurídica de natureza civil, comercial e privada que intercede a assistência médica mediante a exploração do trabalho

médico com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa, conforme o Código de Ética Médica.

§ 2º - As pessoas jurídicas, para serem admitidas na sociedade cooperativa, deverão ter seus sócios, todos médicos, obrigatoriamente cooperantes como pessoa física, os quais poderão optar por receber sua produção na pessoa física ou na jurídica, sendo que os médicos cooperantes não sócios de pessoas jurídicas cooperadas, mas que nestas prestam serviços, perceberão sua produção diretamente da Cooperativa.

A.rt. 4º - O número de cooperantes será ilimitado quanto ao máximo, não podendo, entretanto, ser inferior a 20 (vinte) pessoas físicas.

§ 1º - Para cooperar-se, o candidato preencherá proposta de admissão fornecida pela Cooperativa, assinando-a após participar de reuniões informativas sobre cooperativismo proporcionadas pela Diretoria de Educação Cooperativista.

§ 2º - Verificadas as declarações constantes da proposta e com parecer favorável do Conselho de Administração, será admitido o ingresso do candidato no quadro de cooperantes, assinando este, juntamente com o Presidente da Cooperativa, o competente Livro de Matrículas.

§3º - A proposta com parecer desfavorável do Conselho de Administração terá sua denegação expedida e participada ao candidato, por escrito, em documento oficial da Cooperativa, assinado pelo Presidente, dela constando os motivos da mesma.

Art. 5º - Cumprindo o que dispõe o artigo anterior, o cooperante adquire todos os direitos e assume as obrigações decorrente de lei, deste Estatuto e de deliberações tomadas pela Cooperativa.

§ 1º - Fica impedido de votar, de ser votado e de participar nas Assembléias Gerais, o associado que:

a) tenha sido admitido depois de convocada a Assembléia;

- b) não tenha operado sob qualquer forma com a Cooperativa durante o exercício anterior;
- c) seja ou tenha sido empregado da Cooperativa, até a Assembléia que aprovar as contas do ano social em que tenha deixado suas funções;
- d) são inelegíveis, além das pessoas impedidas por lei, os condenados à pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade.

§ 2º - O impedimento constante da letra 'b' do parágrafo anterior somente terá validade após notificação da Cooperativa ao cooperante.

Art. 61 - São direitos do cooperante:

- a) Participar de todas as atividades que integrem o objetivo da Cooperativa, recebendo os seus serviços e com ela operando de acordo com as normas baixadas pelo Conselho de Administração e que constituam, eventualmente, o Regimento Interno;
- b) Participar das assembleias gerais, discutindo e votando os assuntos que nela forem tratados, observado o disposto nos artigos 7º, 19 e 25), deste Estatuto;
- c) Votar e ser votado para os cargos sociais, sendo que a pessoa jurídica cooperada será representada pelo seu Diretor-Presidente, ou por quem indicar seu Estatuto ou Contrato Social e terá direito a 1 (um) voto;
- d) Propor, ao Conselho de Administração e à Assembléia geral, as medidas que julgar de interesse da sociedade cooperativa;
- e) Examinar, na sede social em qualquer tempo, o Livro de Matrícula;

- f) Solicitar ao Conselho de Administração, por escrito, a qualquer tempo, demissão da Cooperativa;
- g) Solicitar ao Conselho de Administração, por escrito, esclarecimentos sobre as atividades da Cooperativa, podendo, ainda, no mês que anteceder à Assembléia Geral Ordinária, examinar os livros contábeis e demais documentos relacionados com o exercício social em encerramento;
- h) Participar das sobras líquidas do exercício, na proporção dos serviços que lhe forem prestados pela Cooperativa, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral, bem como receber adiantamentos por conta destas sobras, na forma e periodicidade fixadas pelo Conselho de Administração, observados os seguintes critérios :

I - Para fins de cálculo anual na divisão eventual de sobras durante o período normal de operações da sociedade cooperativa, as pessoas jurídicas cooperadas" terão direito à produção até, no máximo, o maior valor de operações realizadas por cooperantes pessoas físicas, não participantes de pessoas jurídicas cooperadas, durante o mesmo exercício fiscal a que se referir a Prestação de Contas apresentado à Assembléia Geral Ordinária.

II - Os sócios cooperantes pessoas físicas que optaram pelo recebimento de sua produção através de pessoas jurídicas durante o exercício fiscal, só terão direito, para fins de cálculo para divisão eventual de sobras exclusivamente, à fração ideal que lhes cabe como proprietário ou co-proprietário da pessoa jurídica, correspondente aos valores das operações efetivamente realizados e contabilizados para a pessoa jurídica e creditados à mesma, obedecido sempre o limite imposto pelo critério estabelecido no item I antecedente.

Art. 7º - São deveres do cooperante:

- a) Integralizar as quotas-partes de capital social que subscreveu, nos limites impostos neste Estatuto, é contribuir com o rateio das perdas, despesas administrativas e

operacionais, na conformidade das disposições estatutárias e deliberativas da sociedade;

b) Cumprir as disposições legais, estatutárias, e do regimento interno, respeitando as resoluções tomadas pelos órgãos dirigentes e deliberativos da sociedade;

c) Satisfazer pontualmente seus compromissos associativos, entre eles o de prestar atendimentos médicos, quando solicitados pelos convenientes da assistência médica cooperativada, obedecidas as normas contratuais;

d) Prestar à Cooperativa, quando solicitado, esclarecimentos relacionados às suas atividades na sociedade;

e) Não prestar, na qualidade de proprietário, associado ou credenciado, direta ou indiretamente, serviços à pessoas físicas ou jurídicas de natureza civil, comercial e privada que intermedie a assistência médica mediante a exploração do trabalho médico com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa, conforme o Código de Ética Médica;

f) Observar fielmente as disposições dos Códigos de Ética Médica e Cooperativista.

g) Zelar pelo patrimônio moral e material da Cooperativa;

h) Pagar sua parte nas perdas apuradas em Balanço, na proporção das operações que houver realizado com a Cooperativa, se o Fundo de Reserva não for suficiente para cobri-las, observados os seguintes critérios:

I - Para fins de cálculo anual na divisão eventual de perdas durante o período normal de operações da sociedade cooperativa, as pessoas jurídicas cooperadas terão responsabilidade sobre, no máximo, o maior valor de operações realizadas por cooperante pessoa física não participante de pessoas jurídicas cooperadas, durante o mesmo exercício fiscal a que se referir à Prestação de Contas apresentado à Assembléia Geral Ordinária.

II - Os sócios cooperantes, pessoas físicas que optaram pelo recebimento de sua produção através de pessoas jurídicas durante o exercício fiscal, só terão responsabilidade, para fins de cálculo para divisão eventual de perdas, sobre a fração ideal que lhes cabe como proprietário ou co-proprietário da pessoa jurídica, correspondente aos valores das operações efetivamente realizadas e contabilizadas para a pessoa jurídica e creditados à mesma, obedecido o limite exposto no item I antecedente.

i) As pessoas jurídicas, para serem admitidas na sociedade cooperativa, deverão ter seus sócios, todos médicos, obrigatoriamente cooperantes como pessoa física, os quais poderão optar por receber sua produção na pessoa física ou sendo que os médicos cooperantes sócios de pessoas jurídicas mas que nestas prestam serviços, perceberão sua produção diretamente da Cooperativa;

j) Participar dos planos de amparo aos cooperantes e seus familiares e/ou dependentes, no interesse maior do conjunto da sociedade cooperativa, como forma de fortalecimento, defesa e promoção da mesma;

l) Manter uma média de produção mensal em suas operações com a cooperativa conforme o Código de Ética Cooperativista desta singular.

m) Pagar a cota de participação societária no valor estabelecido pela Assembléia Geral.

n) Compete ao Conselho de Administração analisar e decidir afirmativa ou negativamente sobre o reingresso de cooperantes demitidos, eliminados ou excluídos, devendo, para tal, levar em consideração os motivos do afastamento prévio.

§ 1º- Para fins. de cálculo para divisão eventual de perdas, os sócios cooperantes pessoas jurídicas terão responsabilidade sobre, no máximo, o maior valor as operações realizadas por cooperante pessoa física durante o mesmo exercício fiscal a que se referir o Balanço de Contas apresentado à Assembléia Geral Ordinária.

§2º- Os sócios cooperantes pessoas físicas, que optaram pelo recebimento de sua produção através de pessoas jurídicas durante o exercício fiscal, terão responsabilidade sobre a fração ideal que lhes cabe como proprietário ou co-proprietário da pessoa jurídica, sempre no valor real das operações realizadas por ela durante o mesmo exercício fiscal a que se referir o Balanço de Contas apresentado à Assembleia Geral Ordinária;

§3º - Contribuir com quotas de participação societárias no valor estabelecido sempre pela Assembleia Geral Ordinária.

§ 4º - Em caso de reingresso de cooperante demitido, as quotas de participação societárias serão cobradas em dobro.

Art. 8º - O cooperante responde subsidiariamente pelas obrigações contraídas pela Cooperativa perante terceiros, até o limite do valor das quotas-partes de capital que subscreveu e o montante das perdas que lhe caibam na proporção das operações que houver realizado com a Cooperativa, perdurando essa responsabilidade até quando forem aprovadas pela Assembleia Geral as contas do exercício em que se deu a retirada.

§1º- Em caso de liquidação da Cooperativa, ou quando se for proceder à atualização do valor das quotas de participação societária, os valores pertinentes a cada sócio cooperante, tanto em se tratando de sobras quanto no caso de perdas, serão proporcionais ao somatório dos valores anuais da produção de cada cooperante. Nos casos em que o profissional médico não produziu como pessoa física suas quotas pessoais não sofrerão acréscimo dos valores pertinentes à pessoa jurídica pela qual ele produziu, quando então o cálculo será feito exclusivamente na pessoa jurídica. Cabe-lhe, entretanto, responsabilidade sobre a fração ideal correspondente à sua participação na pessoa jurídica.

§ 2º- Os cooperantes demitidos, eliminados ou excluídos, respondem pelo montante das perdas sociais e despesas que lhes couberem com a administração da sociedade, relativas ao exercício social em que se deu a sua retirada.

§ 3º- A responsabilidade do cooperante somente poderá ser invocada depois de judicialmente exigida a da Cooperativa.

Art. 9º - As obrigações do cooperante falecido, contraídas com a Cooperativa, e as oriundas de sua responsabilidade como associado, em face de terceiros, passam aos herdeiros, prescrevendo, porém, após um ano do dia da A. G. O. imediatamente subsequente e que tenha efetivamente analisado a Prestação de Contas do período correspondente aos últimos 03 (três) meses em que o cooperante tenha, de fato, operado com a cooperativa.

Parágrafo único - Os herdeiros do cooperante falecido têm direito ao capital social integralizado e demais créditos pertencentes ao extinto.

Art. Iº - A demissão de cooperante, que não poderá ser negada, dar-se-á unicamente a seu pedido e será requerida ao Presidente, sendo por ele levada ao conhecimento do Conselho de Administração, em sua primeira reunião e averbada no livro de matrículas, mediante termo assinado pelo Presidente.

Art. IIº - Além dos motivos de direito, o Conselho de Administração é obrigado a eliminar o cooperante que:

- a) vier a exercer qualquer atividade considerada prejudicial à Cooperativa ou que colida com os seus objetivos;
- b) deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se,
- c) tiver levado a Cooperativa à prática de atos judiciais para obter o cumprimento de obrigações por ele contraídas;
- d) deixar de cumprir disposições da Lei, deste Estatuto e das resoluções ou deliberações tomadas pela Cooperativa, se após ser advertido, admoestado, ou mesmo, suspenso e impedido de operar temporariamente com a cooperativa, não tiver adotado uma atitude condizente com sua condição de associado e indispensável à sua permanência no quadro social da mesma.

Art. 12º - A eliminação será decidida pelo Conselho de Administração que a ocasionou e deverá constar do termo lavrado no livro de matrículas e assinado pelo Presidente.

§ 1º- Cópia autêntica do termo de eliminação será remetida ao cooperante, por processo que comprove as datas de remessa e recebimento.

§ 2º - O cooperante eliminado poderá, dentro do prazo de trinta (30) dias da data do recebimento da notificação, interpor recurso suspenso para a primeira Assembléia Geral.

Art. 13º - A exclusão do cooperante será feita:

- a) Por morte de pessoa física ou falência, liquidação judicial ou extrajudicial ou dissolução da pessoa jurídica;
- b) Por incapacidade civil não suprida;
- c) Por deixar de atender aos requisitos estatutários de ingresso ou permanência na Cooperativa, especialmente com a inobservância do preceituado no artigo terceiro.

Parágrafo único - A qualidade de cooperante, para o demitido, excluído ou eliminado, somente encerra na data de aprovação, por Assembléia Geral, da Prestação de Contas do ano em que ocorreu a demissão, exclusão ou eliminação.

IV - CAPITAL SOCIAL

Art. 14º - O Capital Social da Cooperativa é ilimitado quanto ao máximo, variando conforme o número de quotas partes subscritas, não podendo entretanto ser inferior a R\$ 200,00 (duzentos reais).

§ 1º - O Capital Social é dividido em quotas partes no valor unitário de R\$ 0,20 (vinte centavos de Real).

§ 2º - A quota parte é individual, intransferível a não associado e não poderá ser negociada de nenhum modo, nem dada em garantia e todo seu movimento, subscrição, realização, transferência e restituição será sempre escriturado no Livro de Matrículas. 3º As quotas partes, depois de integralizadas, poderão ser transferidas entre cooperantes, mediante autorização da Assembléia Geral, respeitado o limite máximo de 1/3 (um terço) do valor do capital subscrito, para cada cooperante.

Art. 15º - No ato do ingresso, cada cooperante obriga-se a subscrever, no mínimo, o número de quotas-partes correspondente ao valor em moeda corrente estabelecido

anualmente pela Assembléia Geral, corrigido monetariamente à época da subscrição desde que não exceda a 1/3 (um terço) do valor total do Capital Social subscrito.

Art. 16º - O cooperante pode integralizar as suas quotas-partes de uma só vez, à vista, ou em prestações mensais, dentro do prazo máximo de dez (10) meses, sucessivas e atualizadas atendendo à variação do índice adotado pela Assembléia Geral e independente de chamada conforme dispuser o Conselho de Administração.

§ 1º - A Cooperativa poderá solicitar do cooperante a emissão de notas promissórias no valor das mensalidades em que parcela sua integralização, reservando-se o direito de transferir os referidos títulos, mediante endosso, ou mesmo dá-los em garantia.

§ 2º - A Cooperativa poderá reter, mensalmente, dos adiantamentos ou das sobras líquidas dos cooperantes, o valor necessário à integralização de suas quotas partes em atraso até o percentual máximo de 10% (dez por cento) da produção, respeitado o limite dos valores estabelecidos no Art. 14.

Art. 17º - Em qualquer caso, como nos de demissão, eliminação ou exclusão, o cooperante só terá direito à restituição do capital que integralizou e das sobras que lhe tiverem sido registradas, obrigando-se com as despesas cabíveis e as perdas porventura suscetíveis de rateio.

§ 1º - A restituição de que trata este artigo somente poderá ser exigida depois de aprovado, pela Assembléia Geral, o balanço do exercício em que o cooperante tenha sido desligado da Cooperativa.

§ 2º - A Administração da Cooperativa poderá determinar que a restituição desse capital seja feita em parcelas iguais e mensais, a partir do exercício financeiro que se seguir àquele em que se deu o desligamento.

§ 3º - Ocorrendo demissões, eliminações ou exclusões de associados em número tal que as restituições das importâncias referidas possam ameaçar a estabilidade econômico-financeira da Cooperativa, esta poderá restituí-las mediante critérios que resguardem a sua continuidade.

§ 4º - As obrigações do cooperante perduram para os demitidos, eliminados ou excluídos, até que sejam aprovadas pela Assembléia Geral as contas do exercício em que o cooperante deixou de fazer

parte da sociedade. Entretanto o cooperante deixará automaticamente de operar com a cooperativa a partir da data de sua demissão, eliminação ou exclusão.

§ 5º - O pedido de reingresso de cooperante eliminado ou excluído em função da perda de requisito de permanência motivada pela inobservância do preceituado no artigo 3º, parágrafo 2º e artigo 7º, letra "e" deste Estatuto, uma vez instruído pelo Conselho de Administração terá sua apreciação realizada por Assembléia Geral instalada com o prazo mínimo de oito (8) meses da data em que o Conselho concluir pela regularidade formal dos documentos apresentados.

V - ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 18º - A Assembléia Geral dos cooperantes, que poderá ser Ordinária (A.G.O.) ou Extraordinária (A-G.E.), é o órgão supremo da cooperativa, tendo poderes dentro dos limites da Lei e deste Estatuto, para tomar toda e qualquer decisão de interesse da Sociedade, suas deliberações vinculando a todos, ainda que ausentes e discordantes.

Art. 19º - A Assembléia Geral será habitualmente convocada pelo Presidente, após deliberação do Conselho de Administração.

§ 1º - Poderá também ser convocada pelo Conselho Fiscal, se ocorrerem motivos graves e urgentes ou ainda por 20% (vinte por cento) dos cooperantes em condições de votar, após uma solicitação não atendida, dirigida ao Conselho de Administração.

§ 2º - Também o Conselho de Administração por maioria simples de seus membros efetivos poderá convocar a Assembléia Geral, nos casos previstos no Art. 33/§ 1º - XVII deste Estatuto.

§ 3º - Não poderá participar da Assembléia Geral o associado que:

- a) Tenha sido admitido após sua convocação;
- b) Que esteja na infringência de qualquer disposição do inciso a do artigo 7º, deste Estatuto;

c) Tenha aceitado estabelecer vínculo empregatício com a cooperativa, até a aprovação, pela Assembléia Geral, das contas do exercício social em que tenha deixado as funções.

Art. 20º - Em qualquer das hipóteses referidas no artigo anterior, as Assembléias Gerais serão convocadas com a antecedência mínima de 10 (dez) dias para a primeira convocação, de uma hora após para a segunda e de uma hora após para a terceira.

§ 1º - As três convocações poderão ser feitas num único edital, desde que dele constem, expressamente, os prazos para cada uma delas.

§ 2º - No caso de Assembléia Geral Ordinária em que houver eleição para o conselho de Administração, a convocação se fará com antecedência de 45 dias a fim de que se atendam ao prazo de inscrição de chapas;

Art. 21º - Não havendo "quorum" para instalação da Assembléia convocada nos termos do artigo anterior, será feita nova série de três convocações, cada uma delas com antecedência mínima de dez (10) dias;

Parágrafo Único - Se ainda assim não houver "quorum", será admitida a intenção de dissolver a sociedade, fato que será comunicado às autoridades do cooperativismo.

Art. 22º - Os editais de convocação das Assembléias Gerais deverão conter:

a) denominação da Cooperativa, seguida da expressão Convocação da Assembléia Geral, ordinária ou extraordinária;

b) o dia e hora da reunião em cada convocação, assim como o local da sua realização, o qual, salvo motivo justificado, será sempre o da sede social;

c) a seqüência numérica da convocação;

d) a Ordem do Dia dos Trabalhos, com as devidas especificações;

e) o número de cooperantes existentes na data da expedição é para efeito de cálculo do "quorum" de instalação;

f) a assinatura do responsável pela convocação.

§ 1º - No caso de a convocação ser feita por cooperantes, o edital será assinado no mínimo pelos cinco (5) primeiros signatários do documento que a solicitar.

§ 2º - Os editais de convocação serão afixados em locais visíveis das principais dependências da Cooperativa, publicados através de jornal de grande circulação local e comunicada por circulares aos cooperantes.

Art. 23º - O "quorum" mínimo para a instalação da Assembléia Geral é o seguinte:

a) dois terços dos cooperantes em condições de votar, na primeira convocação;

b) metade e mais um na segunda;

c) mínimo de dez (10), na terceira.

§ 1º - Não será permitida a representação por meio de mandatário, conforme parágrafo 1º da Lei nº 6981 de 30-03-82.

§ 2º - O número de cooperantes presentes, em cada convocação, será comprovado pelas assinaturas lançadas no Livro de Presenças.

Art. 24º - Os trabalhos das Assembléias Gerais serão dirigidos pelo Presidente da sociedade e auxiliado pelo secretário por ele convidado.

Parágrafo único - Nas Assembléias Gerais que não forem convocados pelo Presidente, os trabalhos serão dirigidos por cooperante escolhido na ocasião.

Art. 25º - Os ocupantes de cargos sociais, bem como os cooperantes, não poderão votar nas decisões sobre assuntos que a eles se refiram de maneira direta ou indireta, entre os quais os de prestação de contas, mas não ficam privados de tomar parte nos debates referentes.

Art. 26º - Nas Assembléias Gerais em que forem discutidos Balanços e Contas, o Presidente da Cooperativa, logo após a leitura do relatório de Conselho Fiscal, suspenderá os trabalhos e convidará o Plenário para dirigir os debates e votação da matéria.

§ 1º - Transmitida a direção dos trabalhos, o Presidente e os demais membros deixarão a mesa, permanecendo no recinto à disposição da Assembléia, para os esclarecimentos que lhes forem solicitados.

§ 2º - O cooperante indicado pelo plenário como coordenador escolherá entre os associados presentes, um secretário "ad-hoc" para auxiliá-lo na redação das decisões a serem incluídas na ATA, pelo secretário da Assembléia.

Art. 27º - As deliberações das Assembléias Gerais somente poderão versar sobre os assuntos constantes do Edital de Convocação e os que com eles tiverem direta ou imediata relação .

§ 1º - Habitualmente a votação será a descoberto mas a Assembléia poderá optar pelo voto secreto, atendendo-se então às normas usuais.

§ 2º - O que ocorrer na Assembléia deverá constar de ata circunstanciada, lavrada em livro próprio, lida aprovada e assinada no final dos trabalhos pelos diretores e fiscais presentes, por uma comissão de dez (10) cooperantes designados pela Assembléia e por todos aqueles que o queiram fazer.

§ 3º - As deliberações nas Assembléias Gerais serão tomadas por maioria de votos dos cooperantes presentes com direito a votar, tendo cada associado direito a um (01) só voto, qualquer que seja o número de suas quotas-partes, observando o disposto no artigo 30, § 2º.

§ 4º - Cooperantes pessoas jurídicas podem votar representados pelo seu Diretor ou por quem legalmente indicado, desde que seja também cooperante (sócio da referida pessoa jurídica), não podendo contudo haver duplicidade de voto, conforme estabelece o artigo 6º inciso C.

§ 5º - Prescreve em quatro (4) anos a ação para anular as deliberações da Assembléia Geral viciadas de erro, dolo, fraude, simulação ou tomada com violação da Lei ou deste Estatuto, contado o prazo a partir da data em que a Assembléia tiver sido realizada.

Art. 28º - A Assembléia Geral Ordinária reúne-se obrigatoriamente uma vez por ano, no decorrer do mês de março, cabendo-lhe especialmente:

- a) deliberar sobre a prestação de contas do exercício anterior compreendendo o relatório da gestão, o Balanço e o Demonstrativo de Conta das Sobras e Perdas e o Parecer do Conselho Fiscal;
- a) dar destino às sobras e repartir as perdas;
- c) eleger, reeleger ou destituir ocupantes de cargos sociais;
- d) deliberar sobre os planos de trabalho formulados pelo Conselho de Administração para o ano entrante;
- e) fixar a produção relativa ao exercício dos cargos da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração e Fiscal, de acordo com o tempo à disposição da Cooperativa, como contra prestação equivalente à faculdade da prática de atos cooperativos.

Parágrafo único - As deliberações da Assembléia Geral Ordinária serão tomadas pela maioria simples de votos, observado o que dispõe o art. 27, § 3º, deste Estatuto.

Art. 29º - A aprovação do Balanço e Contas e do relatório do Conselho de Administração, desonera os integrantes deste de responsabilidade para com a Cooperativa, salvo por erro, dolo ou fraude.

Art. 30º - A Assembléia Geral Extraordinária reúne-se sempre que necessário e tem poderes para deliberar sobre quaisquer assuntos de interesse da Cooperativa, desde que constem do Edital de Convocação.

§1º- É da competência exclusiva da Assembléia Geral Extraordinária deliberar sobre os seguintes assuntos:

- a) reformados Estatutos;
- b) fusão, incorporação ou desmembramento;
- c) mudança de objetivo;

d) dissolução voluntária da Cooperativa e nomeação de liquidante;

e) deliberar sobre as contas do liquidante.

§ 2º - São necessários, atendido o que dispõe o Art. 27º. § 3º deste Estatuto, os votos de 2/3 (dois terços) dos associados presentes, para tomar válidas as deliberações de que trata este artigo.

VI - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 31º - A cooperativa será administrada por um conselho de Administração composto de Presidente, Vice-Presidente, Superintendente, Diretor de Contas Médicas, Diretor de Educação Cooperativista e mais 07 (sete) Conselheiros Efetivos e 03 (três) Suplentes, todos cooperantes e eleitos pela Assembléia Geral.

§ 1º - O Presidente, o Vice-Presidente, o Superintendente, o Diretor de Contas Médicas e o de Educação Cooperativista comporão a Diretoria Executiva da Cooperativa.

§ 2º - Os membros do Conselho de Administração não poderão ter, entre si, laços de parentesco até o 2º grau em linha reta ou colateral.

§ 3º - O Conselho de Administração rege-se pelas seguintes normas:

I- Reúne-se, ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente, da maioria do próprio Conselho de Administração, ou ainda, por solicitação do Conselho Fiscal.

II - Delibera validamente e com a presença da maioria de seus membros efetivos, proibida a representação, sendo as decisões tomadas pela maioria simples de votos dos presentes, reservado ao Presidente o exercício de voto de desempate;

III - As deliberações serão consignadas em ata circunstanciada, lavrada em livro próprio, lidas, aprovadas e assinadas pelos participantes, no final dos trabalhos.

4º - Os componentes da Diretoria Executiva, deverão exercer suas funções mantendo total transparência de suas ações para com este Conselho e garantindo permanente

integração, participação e comunicação com os demais membros vogais. Estes, excepcionalmente, nos casos específicos de reiterado descumprimento do acima estabelecido e/ou em face de falta grave, poderão providenciar a destituição e substituição de qualquer membro da Diretoria Executiva, conforme o Art. 33; § 1º, item XVII deste Estatuto.

Art. 32º - Nos impedimentos inferiores a noventa (90) dias, o Presidente será substituído pelo Vice-Presidente.

§ 1º - O Vice-Presidente será substituído pelo Superintendente e este por um dos demais diretores ou um dos conselheiros.

§ 2º - Nos impedimentos de mais de um membro da Diretoria Executiva, por prazo inferior a noventa (90) dias, o Presidente ou o Diretor remanescente convocará o Conselho de Administração para indicar os substitutos entre os seus membros.

§ 3º - Nos impedimentos do Presidente superiores a noventa (90) dias, ou se ficarem vagos por qualquer tempo os cargos de conselheiros efetivos, deverá o Conselho de Administração providenciar o preenchimento dos cargos, pela promoção dos membros suplentes ou pela convocação da Assembléia Geral.

§ 4º - Os membros suplentes do Conselho de Administração substituem os efetivos em seus impedimentos. Podem também participar de todas as reuniões deste Conselho como colaboradores nas discussões, sem direito a voto mas fazendo jús, entretanto, à cédula de presença pela sua participação. Esta dar-ser-á com finalidade de treinamento e educação cooperativistas, essenciais à formação de novos quadros dirigentes.

§ 5º - O substituto exercerá o cargo somente até o final do mandato de seu antecessor.

§ 6º - Perderá automaticamente o cargo o conselheiro efetivo que, sem justificativa, faltar a três (03) reuniões consecutivas ou a seis (06) alternadas por ano.

Art. 33º - Compete ao Conselho de Administração, dentro dos limites da Lei e deste Estatuto, atendidas as decisões ou recomendações da Assembléia Geral, planejar e traçar normas para as operações e serviços da Cooperativa e controlar os resultados.

§ 1º - No desempenho de suas funções cabem-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

I - Programar as operações e serviços, estabelecendo qualidade e fixando quantidades, valores, prazos, taxas e demais encargos e condições necessários a sua efetivação;

II - Estabelecer, em instruções ou regulamentos, sanções ou penalidades a serem aplicadas nos casos de violação ou abuso cometidos contra disposições da Lei, deste Estatuto ou das regras de relacionamento com a sociedade, que venham a ser expedidas em suas reuniões;

III - Determinar a taxa destinada a cobrir as despesas dos serviços da sociedade;

IV - Avaliar o montante dos recursos financeiros e providenciar os meios necessários ao atendimento das despesas administrativas e operacionais;

V - Estimar previamente a rentabilidade das operações e serviços, bem como a sua viabilidade;

VI - Fixar as despesas de administração em orçamento anual que indique a fonte dos recursos para sua cobertura;

VII - Avaliar a conveniência e fixar o limite de fiança ou seguro de fidelidade para os empregados que manipulem dinheiro ou valores da Cooperativa;

VIII - Estabelecer as normas para o funcionamento da sociedade, que constituirão o Regimento Interno;

IX - Contratar, quando se fizer necessário, um serviço de auditoria, para o fim e conforme o disposto no artigo 112, da Lei 5.764, de 16/12/71 – (Lei Cooperativista), ou outro que, eventual e legalmente, o substitua;

X - Indicar o banco ou bancos nos quais devem ser feitos os depósitos de numerário disponível e fixar o limite máximo que poderá ser mantido em caixa;

XI - Estabelecer as normas de controle das operações e serviços, verificando, mensalmente, no mínimo, o estado econômico-financeiro da Cooperativa e o desenvolvimento das operações e atividades em geral, através de balancetes da contabilidade e demonstrativos específicos;

XII - Deliberar sobre a demissão, admissão, eliminação e exclusão de associados,

XIII - Deliberar sobre a convocação da Assembléia Geral;

XIV - Adquirir, alienar ou onerar bens imóveis da sociedade, com expressa autorização da Assembléia Geral;

XV - Contrair obrigações, transigir, adquirir, alienar e onerar bens móveis, ceder direitos e constituir mandatários;

XVI - Zelar pelo cumprimento das Leis do Cooperativismo e outras aplicáveis, como também pelo atendimento da Legislação trabalhista e fiscal;

XVII - Convocar, quando o interesse ou necessidade da sociedade o reclamar, uma A.G.E. com a finalidade de destituir qualquer um dos diretores executivos, elegendo outro (s) cooperante (s) para substituí-lo (s) até o final de seu(s) mandato (s);

XVIII - Indicar os representantes da Cooperativa nos órgãos de que participa a sociedade;

XIX - Tomar conhecimento e opinar sobre as decisões administrativas e trabalhistas tomadas pela Presidência;

XX - Deliberar a respeito da indicação dos assessores médicos cooperativados, escolhidos pelo Presidente;

XXI - Deliberar sobre os valores a serem pagos a título de pró labore e/ou cédula de presença aos membros de comissões técnicas, além de estipular valores de diárias;

XXII- Convocar os conselhos consultivo e de ética cooperativista.

§ 2º - As normas estabelecidas pelo Conselho de Administração serão baixadas em forma de Resolução ou Instruções.

Art. 34º - O Conselho de Administração poderá criar, ou dissolver, ainda, comissões especiais, transitórias ou não, denominadas em conjunto Comissão Técnica, observadas as regras estabelecidas neste Estatuto, para estudar, planejar e coordenar a solução de questões específicas.

§ 1º - A Comissão Técnica será composta por assessores médicos cooperativados, colaboradores das funções da Diretoria Executiva e que, estando em dia com suas obrigações cooperativas, serão indicados pela Diretoria Executiva e referendados pelo Conselho de Administração, devendo, preferentemente, não ser ao mesmo tempo membros do mesmo.

§ 2º - O ato que designar os membros da Comissão Técnica deverá ser acompanhada da estipulação da função, o prazo de duração dos trabalhos da mesma, e, se for o caso, estimativa de verba de compensação pelo tempo despendido nas atividades referidas.

§ 3º - Os membros da Comissão Técnica terão direito à cédula de presença estipulada pelo Conselho de Administração, durante todo o período de vigência de suas atribuições. .

§ 4º - As deliberações e funções da Comissão Técnica terão caráter consultivo e de assessoramento, além de outras que lhe atribua o Conselho de Administração.

§ 5º - Os assessores médicos, componentes da Comissão Técnica, poderão participar eventualmente de forma ativa nas discussões, colaborando na tomada de decisões da Diretoria Executiva.

§ 6º - Os trabalhos da Comissão Técnica serão coordenados por um membro do Conselho de Administração e os seus pareceres serão transcritos em livro próprio e assinados pelos membros componentes.

Art. 35º - Os administradores, eleitos ou contratados, não serão pessoalmente responsáveis pelas obrigações que contraírem em nome da sociedade, respondendo contudo, solidariamente pelos prejuízos resultantes de seus atos, caso venham a agir com culpa ou dolo.

§ 1º - A Cooperativa responderá pelos atos a que se refere o "caput" deste artigo, se os houver ratificado, em Assembléia Geral.

§ 2º - Os que participarem de ato ou operação social, em que se oculte a natureza da sociedade, podem ser declarados pessoalmente responsáveis pelas obrigações em nome dela contraídas, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

§ 3º - Os componentes do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal ou outros, assim como os liquidantes, equiparam-se aos administradores das sociedades anônimas, para efeito de responsabilidade criminal.

§ 4º - Sem prejuízo de ação que possa caber a qualquer cooperativado, a sociedade, por seus diligentes, ou representada pelo associado escolhido em Assembléia Geral, terá direito de ação contra os administradores, para promover a sua responsabilidade.

Art. 36º - Compete à Diretoria Executiva, dentro dos limites legais e deste Estatuto e atendidas as decisões ou recomendações da Assembléia Geral e do Conselho de Administração, executar as normas e deliberações para cumprimento dos objetivos da Cooperativa, na gestão cotidiana da Sociedade.

§ 1º - A Diretoria Executiva conta com os assessores médicos cooperativados, designados em conjunto como Comissão Técnica, como colaboradores. Reúne-se ordinariamente uma vez por semana e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de qualquer de seus diretores.

§ 2º - A Diretoria Executiva não poderá contratar novos funcionários que tenham laços de parentesco com médicos cooperantes ou com funcionários até o 2º (segundo) grau em linha reta ou colateral.

Art. 37º - Ao Presidente cabem, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Cumprir e fazer cumprir os Estatutos da Cooperativa;
- b) Supervisionar as atividades da Cooperativa;
- c) Assinar, na função de Diretor Presidente, os cheques bancários em conjunto com outro membro da Diretoria;

- d) Assinar, na função de Diretor Presidente, em conjunto com outro membro da Diretoria contratos e demais documentos constitutivos de obrigações;
- e) Convocar e presidir a Assembléia Geral, as reuniões do Conselho de Administração e, na função de Diretor Presidente, as reuniões da Diretoria;
- f) Apresentar à Assembléia Geral Ordinária o relatório do ano social, Balanço Geral, Contas, o parecer do Conselho Fiscal, bem como os planos de trabalho formulados pelo Conselho de Administração para o ano entrante;
- g) Representar a Cooperativa ativa e passivamente em juízo ou fora dele;
- h) Indicar, na função de Diretor Presidente, para referendo do Conselho de Administração, os nomes dos assessores médicos cooperativados;
- i) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Assembléia Geral e do Conselho de Administração.

Art. 38º - Ao Vice-Presidente cabem entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Participar com o Presidente da gestão cotidiana da cooperativa, substituindo-o nos seus impedimentos inferiores a 90 (noventa) dias, tanto no Conselho de Administração quanto na Diretoria Executiva;
- b) Assinar, em conjunto com outro membro da Diretoria Executiva, contratos e demais documentos constituídos de obrigações;
- c) Assinar os cheques bancários em conjunto com outro membro da Diretoria Executiva.

Art. 39º - Ao Diretor Superintendente cabem, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Supervisionar a execução do serviço administrativo, estabelecendo contatos com os profissionais e empregados a serviço da cooperativa;

- b) Substituir o Diretor Vice-Presidente em seus impedimentos inferiores a 90 (noventa) dias;
- c) Assinar, em conjunto com outro membro da Diretoria Executiva, contratos e demais documentos constitutivos de obrigações;
- d) Assinar os cheques bancários em conjunto com outro membro da Diretoria Executiva.

Art. 40º - Ao Diretor de Contas Médicas cabem entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Promover auditoria nas contas médicas, hospitalares e laboratoriais;
- b) Coordenar os trabalhos da Comissão Técnica de cooperantes auditores de contas médicas por especialidades, hospitalares e laboratoriais;
- c) Colaborar com os demais integrantes da Diretoria Executiva na gestão cotidiana da cooperativa;
- d) Assinar os cheques bancários em conjunto com outro membro da Diretoria Executiva.

Art. 41º - Ao Diretor de Educação Cooperativista cabem, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Promover a educação cooperativista permanente de dirigentes, cooperantes, funcionários e usuários (beneficiários) da Unimed;
- b) Coordenar os trabalhos de comissões técnicas específicas em sua área;
- c) Coordenar o programa de autogestão;
- d) Colaborar com os demais integrantes da Diretoria Executiva na gestão cotidiana da cooperativa.

VII - CONSELHO CONSULTIVO

Art. 42º - O conselho consultivo é constituído pelos 03 (três) últimos ex-presidentes da cooperativa.

§ 1º - Reunir-se-á com o Conselho de Administração por convocação do presidente em exercício ou por maioria absoluta (metade mais um) dos membros deste Conselho, sempre que for necessário;

§ 2º - Terá por função colaborar na discussão para a tomada de decisões pelo Conselho de Administração sobre assuntos de relevância para a empresa e/ou sistema cooperativista.

§ 3º - Só poderão participar das reuniões conjuntas com o Conselho de Administração os ex-presidentes da singular que estiverem ainda em atividade como cooperantes e os inativos por aposentadoria total na atividade profissional;

VIII - CONSELHO DE ÉTICA COOPERATIVISTA

Art. 43º - O Conselho de Ética Cooperativista é constituído por 05 (cinco) associados como vogais efetivos e 02 (dois) suplentes, com mais de 10 (dez) anos de atuação regular como bons cooperantes e eleitos juntamente com o Conselho de Administração para igual mandato de 04 (quatro) anos.

§ 1º - Será convocado pelo presidente em exercício do Conselho de Administração ou por maioria absoluta (metade mais um) dos membros deste Conselho, ou então pela totalidade dos membros do Conselho Fiscal;

§ 2º - Será presidido pelo Presidente do Conselho de Administração em exercício que, entretanto, não terá direito a voto;

§ 3º - Reunir-se-á sempre com a totalidade de 05 (cinco) membros presentes, não podendo deliberar, portanto, com número par de votantes, sendo que, na impossibilidade de comparecimento de qualquer vogal efetivo à sessão, deverão ser convocados os suplentes.

§ 4º - Terá por função discutir e decidir sobre questões de graves transgressões à ética pelos cooperantes da singular, dirigentes, como também entre as cooperativas do sistema Unimed se e quando a singular de Florianópolis estiver envolvida e houver necessidade de sua manifestação;

§ 5º - Na sessão eventualmente convocada pelo Conselho Fiscal é necessário a presença e participação nos trabalhos, do seu coordenador, que exporá aos vogais os motivos desta convocação.

§ 6º - Em caso de impedimento definitivo de qualquer de seus membros, o Conselho de Administração deverá substituí-lo por um dos suplentes ou, se necessário, eleger substituto (s) dentro do quadro de cooperantes e que preencham os requisitos para o desempenho do cargo, para completar o mandato do (s) membro (s) impedido (s), sendo que será considerado impedido aquele vogal que não se fizer presente a 03 (três) convocações consecutivas sem se justificar.

IX - CONSELHO FISCAL

Art. 44º - O Conselho Fiscal é constituído por 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes, todos cooperantes, eleitos pela Assembléia Geral Ordinária para um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a reeleição, para o período imediato, de apenas 1/3 (um terço) dos seus integrantes.

§ 1º - Os membros do Conselho Fiscal não poderão ter:

Art. 45º- O Conselho Fiscal reúne-se, ordinariamente, uma vez por mês extraordinariamente, sempre que necessário, com a participação de 03 (três) dos seus membros.

§ 1º- Em sua primeira reunião escolherá, entre os seus membros efetivos, um Coordenador incumbido de convocar as reuniões e dirigir os trabalhos destas e um secretário.

§ 2º - As reuniões poderão ser convocadas, ainda, por qualquer dos seus membros, por solicitação da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração ou da Assembléia Geral.

§ 3º- Na ausência do Coordenador, os trabalhos serão dirigidos por substituto escolhido na ocasião.

§ 4º- As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos, proibida a representação e constarão de ata lavrada em livro próprio, aprovada e assinada no final dos trabalhos.

Art. 46º - Ocorrendo 03 (três) ou mais vagas no Conselho Fiscal, o Conselho de Administração convocará a Assembléia Geral para o preenchimento dos cargos.

Art. 47º - Compete ao Conselho Fiscal exercer assídua fiscalização sobre as operações, atividades e serviços da Cooperativa, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições :

- a) Conferir, mensalmente, o saldo do numerário existente em caixa, verificando, também se o mesmo está dentro dos limites estabelecidos pela Diretoria Executiva;
- b) Verificar se os extratos das contas bancárias conferem com a escrituração da Cooperativa;
- c) Examinar se os montantes das despesas e inversões realizadas estão de conformidade com os planos de decisões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva;
- d) Verificar se as operações relatadas e os serviços prestados correspondem, em volume, qualidade e valor, às previsões feitas e às conveniências econômico-financeiras da Cooperativa;
- e) Examinar se a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração vêm se reunindo regularmente e se existem cargos vagos na composição.
- f) Averiguar se existem reclamações dos cooperantes quanto aos serviços prestados;
- g) Verificar se o recebimento dos créditos é feito com regularidade e se os compromissos são atendidos com pontualidade;
- h) Averiguar se existem problemas com empregados;
- i) Apurar se existe exigências ou deveres a cumprir junto às autoridades fiscais, trabalhistas, ou administrativas, bem como, quanto aos órgãos do cooperativismo;

j) Estudar o balancete e outros demonstrativos mensais, o Balanço e o Relatório anual do Conselho de Administração, parecer sobre estes à Assembléia Geral;

l) Informar a Diretoria Executiva sobre as conclusões dos seus trabalhos, denunciando ao Conselho de Administração, à Assembléia Geral ou às autoridades competentes as irregularidades constatadas e convocar a Assembléia Geral se ocorrerem motivos graves e urgentes.

Parágrafo único - Para os exames e verificação dos livros, contas e documentos necessários ao cumprimento das suas atribuições, o Conselho Fiscal poderá contratar o assessoramento de técnicos especializados e valer-se dos relatórios e informações de serviços de auditoria independente contratada, correndo as despesas por conta da Cooperativa.

X - DAS ELEIÇÕES

Art. 48º - As eleições para os cargos do Conselho de Administração, de acordo com o artigo 31, e do Conselho Fiscal, serão realizadas na Assembléia Geral Ordinária do ano em que os mandatos se findarem.

§ 1º - O Conselho de Administração será eleito pela Assembléia para um mandato de 04 (quatro) anos e seus integrantes deverão ser, todos, necessariamente, sócios cooperantes atuantes;

§ 2º - O Presidente eleito do Conselho de Administração não poderá ser reeleito para ocupar qualquer cargo da Diretoria Executiva no mandato imediatamente subsequente. O Vice-Presidente e o Superintendente poderão sê-lo para ocupar qualquer cargo de Diretoria apenas por mais 01 (um) mandato ou período consecutivo.

§ 3º - Os demais conselheiros poderão ser eleitos para mandatos consecutivos, observada a renovação obrigatória de 1/3 (Hum terço) do total dos membros do Conselho de Administração.

Art. 49º - A votação será preferencialmente pelo voto secreto, podendo ser a descoberto na eventualidade de chapa única desde que a Assembléia assim o determine.

§1º - Na lista de candidatos para votação estarão relacionados os candidatos à Diretoria Executiva agrupados em chapas, onde constará o cargo correspondente a cada um;

§ 2º - Cada chapa deverá ser apresentada com 05 (cinco) nomes para a Diretoria Executiva mais 07 (sete) nomes para conselheiros efetivos e 03 (três) suplentes.

§ 3º - Serão realizadas tantas sessões quantas forem necessárias para o bom andamento dos trabalhos, observando-se o local da instalação destas, que será sempre o da realização da Assembléia Geral;

§ 4º - A apuração dos votos escrutinados dar-se-á imediatamente após o encerramento da votação e a posse dos eleitos logo após a apuração.

Art. 50º - Os candidatos aos cargos de representação social serão apresentados para inscrição agrupados em chapas, em listas subscritas por 20 (vinte) cooperativados, no pleno exercício de seus direitos sociais, não podendo um mesmo representante subscrever mais de 01 (uma) lista.

Parágrafo Único – Cada chapa deverá estar integralmente preenchida.

Art. 51º - As listas de que trata o artigo anterior, acompanhadas de todos os documentos exigidos pelo órgão fiscalizados, mais a deliberação individual de cada integrante, concordando com a inclusão de seu nome e comprometendo-se, caso eleito, em assumir o mandato, serão registradas junto à secretaria da Cooperativa, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, antes da data da Assembléia Geral de Eleições, sob protocolo, no horário de funcionamento da mesma.

§ 1º - O Presidente da cooperativa fornecerá, por solicitação dos interessados, recibo timbrado no qual necessariamente constarão hora, dia, mês e ano em que registrou em livro próprio da Cooperativa a chapa inscrita, bem como a lista subscrita correspondente à mesma;

§ 2º - Verificadas as chapas e listas, para efeito de enquadramento nas disposições legais e estatutárias, o Conselho de Administração tornará público, preferentemente em local dentro da área física da cooperativa, visível e de fácil acesso ao público, dentro de 72 (setenta e duas) horas, a contar da hora de registro das chapas I de

candidatos, o despacho decidindo de forma fundamentada, sobre a aceitação ou não da inscrição;

§ 3º - A chapa que tenha eventualmente candidato(s) cuja(s) inscrição(ões) tenha(m) sido impugnada(s) terá 5 (cinco) dias úteis e improrrogáveis, a contar do dia seguinte da data de publicação do despacho acima mencionado, a fim de sanar a irregularidade apontada ou proceder à substituição do (s) mesmo(s), sob pena de ser considerada renunciante do registro;

§ 4º - Não será permitida a inscrição de candidato, embora para cargos diferentes, em mais de 01 (hum) cargo na mesma chapa.

Art.51º - As listas de que trata o artigo anterior, acompanhadas de todos os documentos exigidos pelo órgão fiscalizador, mais a deliberação individual de cada integrante, concordando com a inclusão de seu nome e comprometendo-se, caso eleito, em assumir o mandato, serão registradas junto à secretaria da Cooperativa, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, antes da data da Assembléia Geral de Eleições, sob protocolo, no horário de funcionamento da mesma.

§ 1º- O Presidente da cooperativa fornecerá, por solicitação dos interessados, recibo timbrado no qual necessariamente constarão hora, dia, mês e ano em que registrou em livro próprio da Cooperativa a chapa inscrita, bem como a lista subscrita correspondente à mesma,

§ 2º - Verificadas as chapas e listas, para efeito de enquadramento nas disposições legais e estatutárias, o Conselho de Administração tornará público, preferentemente em local dentro da área física da cooperativa, visível e de fácil acesso ao público, dentro de 72 (setenta e duas) horas, a contar da hora de registro das chapas I de candidatos, o despacho decidindo de forma fundamentada, sobre a aceitação ou não da inscrição;

§ 3º - A chapa que tenha eventualmente candidato(s) cuja(s) inscrição(ões) tenha(m) sido impugnada(s) terá 5 (cinco) dias úteis e improrrogáveis, a contar do dia seguinte da data de publicação do despacho acima mencionado, a fim de sanar a irregularidade apontada ou proceder à substituição do(s) mesmo(s), sob pena de ser considerada renunciante do registro;

§ 4º - Não será permitida a inscrição de candidato, embora para cargos diferentes, em mais de 01 (hum) cargo na mesma chapa.

I - No caso de duplicidade de nomes, prevalecerá a inscrição da chapa cujo registro tenha sido feito em primeiro lugar, indeferindo-se o registro da que vier em seguida, mas facultando-se a substituição dos candidatos conforme o estabelecido no parágrafo 3º antecedente;

II - A chapa que tiver o mesmo candidato para mais de 01 (um) cargo terá o seu registro indeferido " de pleno";

III - Somente será registrada a chapa que satisfizer as exigências legais e deste Estatuto;

IV - Os delegados às Assembléias Gerais da Unimed do Estado de Santa Catarina - Federação Estadual de Cooperativas Médicas, serão sempre indicados pelo Conselho de Administração eleito na Assembléia Geral Ordinária, conforme o disposto no artigo 33º, item XVIII.

V - O cooperante inscrito em chapa, para eleição do Conselho de Administração ou de Ética da Cooperativa não poderá ter seu nome indicado e votado a cargo no Conselho Fiscal.

Art. 52º - São exigidos dos candidatos a cargos eletivos por ocasião da inscrição:

a) Declaração que não é pessoa impedida por lei ou condenada a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou crime falimentar de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, nos termos do art. 5 I, da lei nº 5.764/ 71;

b) Declaração de bens;

c) Declaração que não é parente, até segundo grau, em linha reta ou colateral, de quaisquer outros candidatos aos cargos, eletivos ou dos demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal eventualmente ainda no exercício efetivo de seus cargos;

d) Estar em dia com todos os seus deveres de cooperantes segundo o estabelecido em todo o Art. 7º deste Estatuto.

Art. 53º - Os mandatos dos ocupantes de cargos nos Conselhos de administração e/ou fiscal, quando não houver previsão em contrário neste Estatuto, perduram até a eleição e posse de seus substitutos.

Art. 54º - Ocorrendo hipótese de empate em eleições, valerá como critério de desequilíbrio, sucessivamente, o maior tempo de permanência na qualidade de cooperante, o maior prazo de habilitação profissional como médico e a maior idade dos candidatos igualados.

XI - BALANÇOS, SOBRAS, PERDAS E FUNDOS

Art. 55º - O Balanço Anual será levantado no dia 31- de dezembro de cada ano.

§ 1º - Os resultados serão apurados secundo a natureza das operações e serviços e de conformidade com a tecnologia cooperativista, permitindo uma exata compreensão das atividades sociais da entidade.

§ 2º - As despesas da sociedade serão atendidas pelos associados, na proporcionalidade da prestação de serviços dos mesmos, por I intermédio da Cooperativa;

§ 3º - Os créditos não reclamados pelos cooperantes, decorridos 05 (cinco) anos; o produto de taxa cobrada sobre transferência de quotas-partes; os auxílios e doações sem destinação especial, reverterão automaticamente ao Fundo de Reserva.

Art. 56º - As sobras remanescentes verificadas no Balanço do Exercício serão, obrigatoriamente, distribuídas da seguinte forma :

- a) 10% (dez por cento) para o Fundo de Reserva;
- b) 5% (cinco por cento) para o Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social;
- c) 75% (setenta e cinco por cento) para o Fundo de Apoio Operacional (F.A.O.);
- d) Ao pagamento de juros ao Capital Social integralizado, que não poderão ser superiores a 12% (doze por cento) ao ano, devendo o Conselho de Administração fixar o percentual em

sua última reunião do ano, e que somente serão creditados ou capitalizados por deliberação da Assembléia Geral Ordinária;

e) O saldo que restar ficará à disposição da Assembléia Geral.

§ 1º - As sobras líquidas do exercício, apuradas na forma deste artigo e após deduzidas as taxas para os fundos, serão rateadas entre os cooperantes em partes diretamente proporcionais ao trabalho feito com e através da Cooperativa no período, obedecidas as disposições referentes às pessoas jurídicas de cooperantes conforme

Art 6º, inciso h, itens I e II, e após a aprovação do Balanço pela Assembléia Geral Ordinária, salvo decisão diversa desta;

§ 2º - As perdas verificadas em cada exercício, apuradas em Balanço, serão cobertas com o Fundo de Reserva, e, se o mesmo não for suficiente para esta cobertura, as perdas serão rateadas entre os cooperantes, na razão direta de sua produção no mesmo exercício, obedecidas as disposições referentes a pessoas jurídicas de cooperantes conforme o Art 7º, inciso h, itens I e II, e após a aprovação do Balanço pela Assembléia Geral Ordinária.

Art. 57º - Em havendo sobras remanescentes no Balanço do Exercício, a Cooperativa é obrigada a constituir os Fundos de Reserva (FR); de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES) e o Fundo de Apoio Operacional (FAO), com as seguintes constituição e destinação:

a) O FR - Fundo de Reserva, constituído por 10% (dez por cento) das sobras apuradas no Balanço Anual, destinado a reparar eventuais perdas de qualquer natureza que a Cooperativa venha a sofrer, sendo indivisível entre os cooperantes mesmo no caso de dissolução e liquidação da sociedade, hipótese em que será recolhido ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo, ou outra instituição congênere que eventual e oficialmente o substitua, juntamente com o saldo remanescente não comprometido;

b) O FATES - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado a prestar amparo aos cooperantes e seus familiares bem como aos empregados da Sociedade, além de programar atividades de incremento técnico e educacional dos sócios cooperantes. É constituído por 5% (cinco por cento)

das sobras apuradas no Balanço Anual e, no caso de dissolução e liquidação da Cooperativa, será recolhido ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo, ou outra instituição congênere que eventual e oficialmente o substitua, juntamente com o saldo remanescente não comprometido,

c) O FAO - Fundo de Apoio Operacional, destinado a suplementar as eventuais deficiências e/ou necessidades financeiras da Cooperativa, constituído de 75% (setenta e cinco por cento) das sobras líquidas apuradas ao final de cada exercício, o qual só será divisível por rateio entre os cooperantes na eventualidade de liquidação da sociedade, segundo o critério de repartição das sobras adotado neste Estatuto. Este fundo dará suporte ao prêmio de produção, que é rotativo e distribuído conforme disponibilidade financeira da cooperativa num índice entre 60% (sessenta por cento) da média mensal da produção do exercício anterior dos cooperantes pessoas físicas e 0,3% (três décimos por cento) dos cooperantes pessoas jurídicas.

Art. 58º - A Cooperativa só poderá oferecer para rateio entre os cooperantes as sobras eventualmente apuradas no Balanço Anual após a dedução das taxas percentuais destinadas à constituição dos Fundos a que se referem os Artigos 56º (a,b,c,) e 57º (a,b,c,) antecedentes e de conformidade com o estabelecido nos mesmos.

XII - LIVROS

Art. 59º - A cooperativa terá os seguintes livros:

- a) de matrícula;
- b) de atas das Assembléias Gerais;
- c) de atas das sessões do Conselho de Administração;
- d) de atas das sessões do Conselho Fiscal;
- e) de presenças às Assembléias Gerais;
- f) de Registro, de Candidaturas;

- g) de Pareceres de Comissões Técnicas;
- h) Outros, fiscais e contábeis, obrigatórios.

Parágrafo único : É facultada a adoção de livros de folhas soltas ou fichas.

Art. 60º - No Livro de Matrículas, os cooperantes serão inscritos por ordem cronológica de admissão, dele constando :

- a) Nome, idade, estado civil, nacionalidade, profissão e residência;
- b) A data de sua admissão e quando for o caso, de sua demissão a pedido, de eliminação ou exclusão;
- c) A conta corrente das respectivas quotas-partes do capital

XIII - DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO

Art. 61º - A cooperativa se dissolverá de pleno direito :

- a) Quando for deliberado em Assembléia Geral Extraordinária, desde que os cooperantes, totalizando o número mínimo exigido por Lei, não se disponham a sua continuidade;
- b) Devido a alteração de sua forma jurídica;
- c) Pela redução do número mínimo de cooperantes ou do capital social mínimo se, até a Assembléia Geral subsequente, realizada em prazo não inferior a 06 (seis) meses, eles não forem restabelecidos;
- d) Pelo cancelamento do Certificado de Autorização para funcionamento;
- e) Pela paralisação de suas atividades por mais de 120 (cento e vinte dias).

Parágrafo único - A dissolução da Cooperativa importará no cancelamento da Autorização para funcionamento.

Art. 62º - Quando a dissolução da Cooperativa não for promovida voluntariamente, nas hipóteses previstas no artigo anterior, a medida poderá ser tomada judicialmente a pedido de qualquer cooperante ou por iniciativa do órgão executivo federal.

XIV - DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 63º - A Cooperativa é aderente ao programa de autogestão do cooperativismo catarinense, cumprindo as disposições nele contidas e aprovadas no encontro estadual realizado em 15.11.91 e ratificado na assembléia geral ordinária da OCESC realizada. dia 24.04.92. I

Art. 64º - A fim de promover a coincidência de mandatos - de 04 ((quatro) anos - com as demais singulares e a Federação de Cooperativas Médicas - Unimed - de Santa Catarina, fica prorrogado por 01 (um) ano o mandato do atual Conselho de Administração.

Art. 65º - Os casos omissos ou duvidosos serão resolvidos de acordo com a Lei e os princípios doutrinários, ouvidos os órgãos assistências e de fiscalização do cooperativismo.

Art. 66º - Uma vez aprovado o presente Estatuto pela Assembléia Geral, delega-se competência ao Conselho de Administração para fins de julgar definitivamente e sem recurso para Assembléia, na conformidade da atual letra estatutária, os processos em trâmite nos quais se investiga a inobservância do preceituado nos artigos 3º parágrafo 2º - IV, e 7º, e_ da redação reformada do Estatuto Social, tipificada até a presente data enquanto sendo causa suficiente para eliminação do quadro social.

Art. 67º - Este Estatuto entrará imediatamente em vigor, em substituição ao atual, devendo a Diretoria Executiva adaptar-se às normas aqui estabelecidas.

ANEXO III

UNIMED FLORIANÓPOLIS

PESQUISA COOPERADOS – TOTAIS DE RESPOSTAS POR QUESTÃO – Data: 10/09/97

QUESTIONÁRIO

1 – Há quanto tempo é cooperado da Unimed de Florianópolis?

(X) menos de 5 anos	43
(X) entre 5 e 10 anos	40
(X) mais de 10 anos	102
(X) sem resposta	0

2 – Exerce atividade hospitalar?

(X) SIM	132
(X) NÃO	53
(X) sem resposta	4

3 – A Unimed aumentou sua oportunidade de trabalho?

(X) SIM	170
(X) NÃO	11
(X) sem resposta	4

4 – Conhece os estatutos de Unimed?

(X) SIM	90
(X) NÃO	7
(X) mais ou menos	88
(X) sem resposta	0

5 – De alguma maneira preocupa-se com os gastos de seus pacientes?

(X) SIM	178
(X) NÃO	0
(X) as vezes	7
(X) sem resposta	0

6 – Em que percentual a Unimed contribui para sua renda mensal?

(X) até 20%	76
(X) de 20% a 50%	79
(X) mais de 50%	29
(X) sem resposta	1

7 – Qual seu grau de conhecimento sobre a doutrina (filosofia ou princípios) do cooperativismo como modelo sócio-econômico?

(X) pouco ou nenhum	30
(X) razoável	127
(X) muito	28
(X) sem resposta	0

8 – Não adquiriu ou não ampliou seus conhecimentos sobre cooperativismo por quê?

(X) Não houve disponibilidade de tempo	125
(X) A Unimed não promoveu cursos suficientes	17
(X) conhecer cooperativismo é atribuição da diretoria	2
(X) aumentar conhecimentos não interfere no rendimento mensal	6
(X) sem resposta	35

9 – Comparando todas as organizações que atribuem “valor” (pagamento) ao seu trabalho (por exemplo: empregos públicos, empregos privados, convênios, atividade liberal “pura” sem convênios e excetuando atividade docente) qual seu grau de satisfação em relação à Unimed?

(X) muito satisfeito	25
(X) satisfeito	120
(X) pouco satisfeito	33
(X) insatisfeito	4
(X) sem resposta	3

10 – Crítica / sugestão

(X) SIM criticou / sugeriu	105
(X) Não criticou / sugeriu	80

Total Questões = 10

Total de Questionários = 185

TOTAL DE COOPERADOS

HOMENS =	741
MULHERES =	289
TOTAL =	1.030